

**КАК РАСПОЗНАТЬ
БОЛЕЗНЬ:**
ПЕРВЫЕ СИГНАЛЫ
ТРЕВОГИ

**ДИЕТИЧЕСКОЕ
ПИТАНИЕ**

В ЛЕЧЕНИИ
И ПРОФИЛАКТИКЕ ЯЗВЫ

**ФИТОТЕРАПИЯ
И НАРОДНАЯ МЕДИЦИНА
ПРИ ГАСТРИТАХ**

МАССАЖ

ДЛЯ НОРМАЛИЗАЦИИ
ФУНКЦИЙ ЖЕЛУДКА
И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

**ЛЕЧЕБНАЯ
ФИЗКУЛЬТУРА**
ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ
БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

ЗДОРОВЫЙ ЖЕЛУДОК

ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА



СЕМЕЙНАЯ ЭНЦИКЛОПЕДИЯ ЗДОРОВЬЯ

ПРЕДИСЛОВИЕ

ещё больше книг в нашем сообществе ВКонтакте



@umniymedik

Болезни пищеварительной системы по частоте возникновения находятся на втором месте после заболеваний дыхательной системы. И это неслучайно, так как через обе эти системы происходит контакт нашего организма с внешней средой, а именно через пищу и воздух, загрязнение которых пылью, вредными химическими веществами, микробами и тому подобным является одной из причин заболеваний. Большинство заболеваний пищеварительной системы, кроме острых, начинаются постепенно, проявляясь теми или иными незначительными нарушениями или недомоганиями. Изжога, отрыжка, икота и другие сигналы тревоги, особенно длительно непреходящие, свидетельствуют о неполадках в верхних отделах пищеварительной системы и требуют незамедлительного обращения к врачу.

Оптимальной является ситуация, когда человек попадает к врачу с начальными признаками того или иного заболевания: его гораздо легче вылечить. Однако, один раз возникнув, та или иная болезнь редко уходит навсегда после лечения, чаще всего остается предрасположенность к ней. И если задача врача — установить диагноз и обеспечить качественное лечение, то задача больного — не допустить повторения заболевания. Для профилактики болезней пищеварительной системы имеется множество простейших методов, важнейшими из которых являются разумное питание, фитотерапия, физические упражнения и массаж.

Использование естественных методов в качестве дополнения к основному лекарственному лечению заболеваний системы пищеварения позволяет ускорить выздоровление и уменьшить дозы применяемых лекарств, а также не допустить обострения и перехода их в хронические. Поэтому надо знать и понимать основные особенности строения и функции пищеварительной системы, первые признаки нарушений в ее работе и, самое главное, простейшие, доврачебные методы профилактики и лечения.

Настоящая книга не является пособием по самолечению — лечить должен врач. Однако современные медики часто забывают о том, что кроме сильно- и быстродействующих синтетических лекарств существуют такие натуральные лечебные средства, как фитотерапия, лечебное питание и физкультура. Не надо стесняться спрашивать у лечащего врача о возможности применения приведенных в данном практическом руководстве методов лечения. А суть этих методов и их правильное использование при различных заболеваниях как раз и являются основной задачей автора, поставленной при написании этой книги.

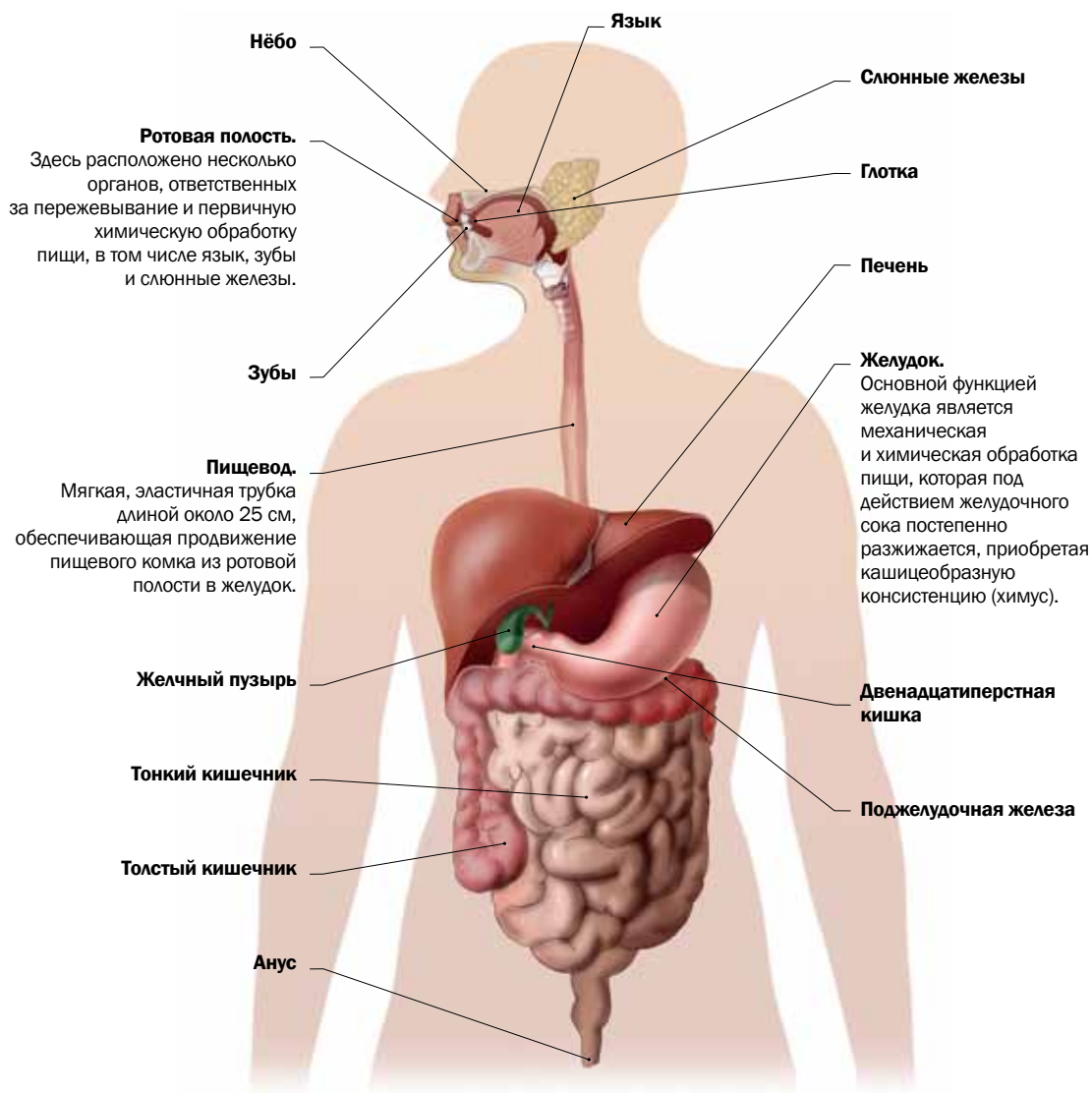


Мы ни в коем случае не призываем читателей к самолечению. Пожалуйста, помните, что при возникновении любого рода недомогания необходимо срочно обратиться к врачу и обязательно консультироваться по всем вопросам с опытными специалистами.



АНАТОМИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА (ЖКТ)

Пищеварительная система — это система органов человека, состоящая из пищеварительного или желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), печени и поджелудочной железы, предназначенная для переработки пищи, извлечения из нее питательных веществ, всасывания их в кровь и выделения из организма непереваренных остатков.



Между поглощением пищи и извержением из организма непереваренных остатков проходит в среднем от 24 до 48 часов. Расстояние, которое преодолевает за это время пищевой комок, двигаясь по пищеварительному тракту, варьируется от 6 до 8 метров, в зависимости от индивидуальных особенностей человека.

РОТОВАЯ ПОЛОСТЬ И ГЛОТКА

Ротовая полость является началом пищеварительного тракта.

Спереди она ограничена губами, сверху — твердым и мягким нёбом, снизу — языком и подъязычным пространством, а по бокам — щеками. Посредством зева (перешейка зева) полость рта сообщается с глоткой. Внутренняя поверхность полости рта, так же как и других отделов пищеварительного тракта, покрыта слизистой оболочкой, на поверхность которой выходит большое количество протоков слюнных желез.

Нижняя часть мягкого нёба и дужки образованы преимущественно мышцами, принимающими участие в акте глотания.

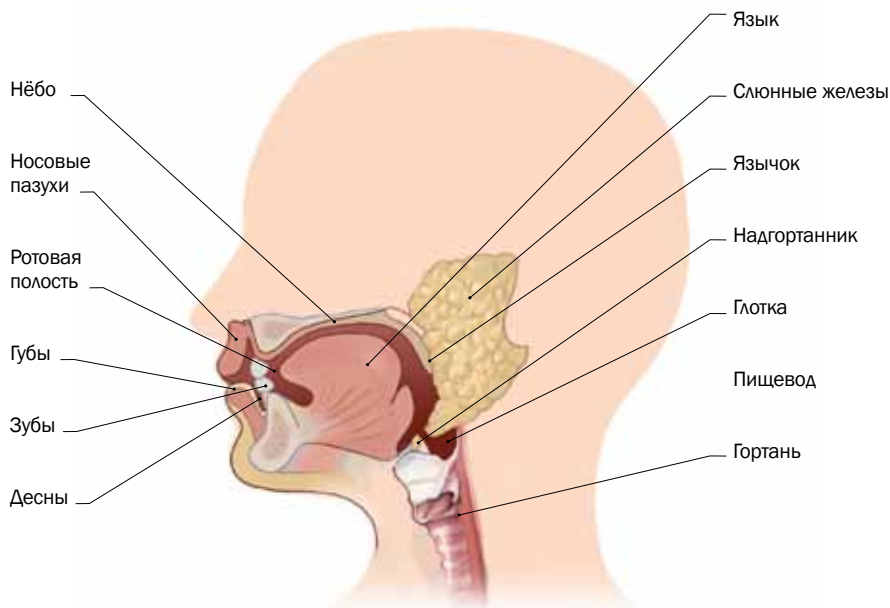
Язык — подвижный мышечный орган, располагающийся в полости рта и способствующий процессам пережевывания пищи, глотания, сосания. В языке выделяют тело, верхушку, корень и спинку. Сверху, с боков и частично снизу язык покрыт слизистой оболочкой, которая срастается с его мышечными волокнами и содержит железы и нервные окончания, служащие для ощущения вкуса и осязания. На спинке и теле языка сли-

зистая оболочка шероховатая из-за большого количества сосочков языка, которые как раз и распознают вкус пищи. Те, что расположены на кончике языка, настроены на восприятие сладкого вкуса, на корне — горького, а кислое распознают сосочки на середине и боковых поверхностях языка.

От нижней поверхности языка к деснам нижних передних зубов идет складка слизистой оболочки, называемая уздечкой. По обе стороны от нее на дне полости рта открываются протоки поднижнечелюстной и подъязычной слюнных желез. Выводной проток третьей, околоушной слюнной железы, открывается в преддверии рта на слизистой оболочке щеки, на уровне верхнего второго большого коренного зуба.

Глотка — мышечная трубка длиной 12–15 сантиметров, соединяющая ротовую полость с пищеводом, расположена позади гортани и состоит из 3 частей: носоглотки, ротоглотки и гортанной части, которая располагается от верхней границы гортанного хряща (надгортанника), закрывающего вход в дыхательные пути во время глотания, до входа в пищевод.

РАСПОЛОЖЕНИЕ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ



ПИЩЕВОД

Пищевод, соединяющий глотку с желудком, расположен за трахеей — шейный отдел, за сердцем — грудной и за левой долей печени — брюшной.

Пищевод представляет собой мягкую эластичную трубку около 25 сантиметров длиной, имеющую 3 сужения: верхнее, среднее (аортальное) и нижнее, — и обеспечивает продвижение пищи из ротовой полости в желудок.

Пищевод начинается на уровне 6-го шейного позвонка сзади (перстневидного хряща спереди), на уровне 10-го грудного позвонка проходит через пищеводное отверстие диафрагмы, а затем переходит в желудок. Стенка пищевода способна растягиваться при прохождении пищевого комка, а затем сокращаться, проталкивая его в желудок. Хорошее пережевывание пропитывает пищу большим количеством слюны, она становится более жидкой, что облегчает и ускоряет прохождение пищевого комка в желудок, поэтому пищу нужно жевать как можно дольше. Жидкая пища проходит через пищевод за 0,5–1,5 секунды, а твердая — за 6–7 секунд.

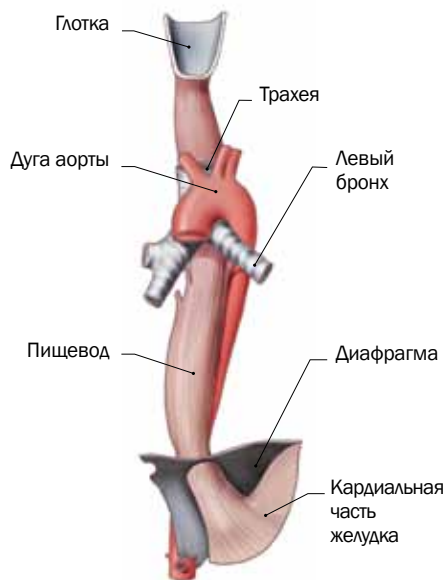
На нижнем конце пищевода расположен мышечный сжиматель (сфинктер), который не до-

пускает обратного заброса (рефлюкса) кислого содержимого желудка в пищевод.

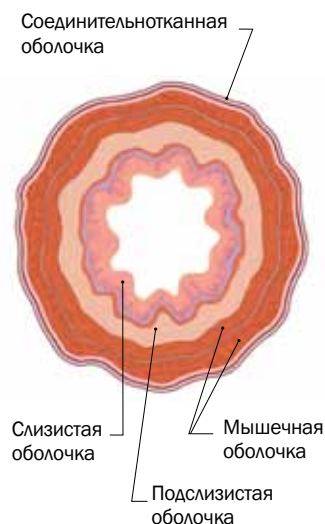
Стенка пищевода состоит из 4 оболочек: соединительно-тканой, мышечной, подслизистой и слизистой. Слизистая оболочка пищевода представляет собой продольные складки из многослойного плоского неороговевающего эпителия, обеспечивающего защиту от повреждения твердой пищей. Подслизистая оболочка содержит железы, выделяющие слизь, которая улучшает прохождение пищевого комка. Мышечная оболочка состоит из 2 слоев: внутреннего (кругового) и наружного (продольного), что как раз и позволяет обеспечить продвижение пищи по пищеводу.

Особенностью движений мышц пищевода при глотании является угнетение следующим глотком перистальтической волны предыдущего глотка, если при этом предыдущий глоток не прошел в желудок. Частые повторные глотки полностью угнетают перистальтику пищевода и расслабляют нижний пищеводный сфинктер. Только медленные глотки и освобождение пищевода от предыдущего комка пищи создают условия для нормальной перистальтики.

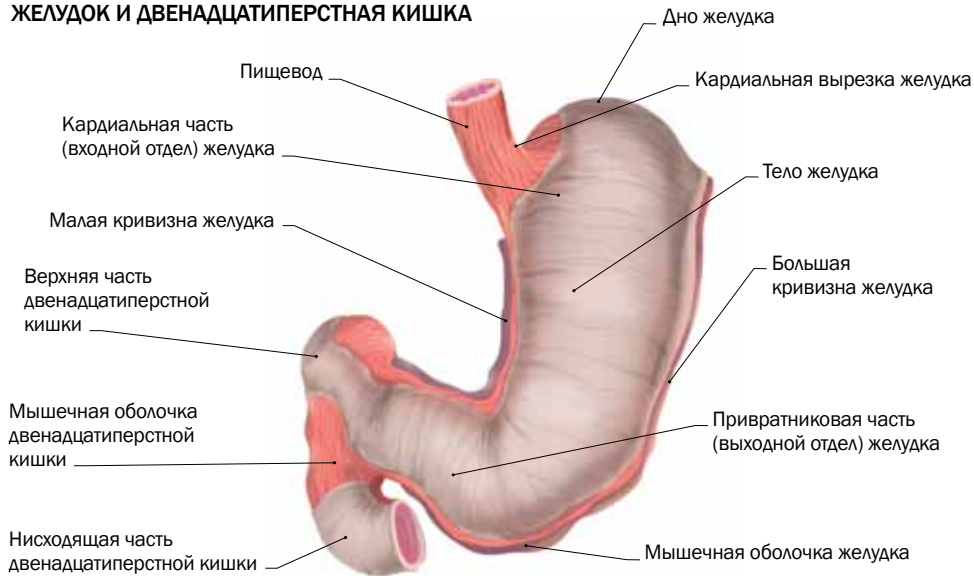
СТРОЕНИЕ ПИЩЕВОДА



ПОПЕРЕЧНЫЙ СРЕЗ ПИЩЕВОДА



ЖЕЛУДОК И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНАЯ КИШКА



ЖЕЛУДОК

Желудок предназначен для предварительной обработки поступивших в него комочков пищи, заключающейся в воздействии на нее химических веществ (соляная кислота) и ферментов (пепсин, липаза), а также ее перемешивания. Он имеет вид мешковидного образования длиной около 21–25 сантиметров и емкостью до 3 литров, расположенного под диафрагмой в подложечной (эпигастральной) области живота (вход в желудок и тело желудка). При этом дно желудка (верхний отдел) располагается под левым куполом диафрагмы, а выходной отдел (привратниковая часть) открывается в двенадцатиперстную кишку в правой части брюшной полости, частично проходя под печенью. Непосредственно в привратнике, в месте перехода желудка в двенадцатиперстную кишку, имеется мышечный сжиматель (сфинктер), который регулирует поступление обработанной в желудке пищи в двенадцатиперстную кишку, не допуская при этом обратного заброса пищи в желудок.

Кроме того, верхний вогнутый край желудка называется малой кривизной желудка (направлена в сторону нижней поверхности печени), а нижний выпуклый — большой кривизной желудка

(направлена к селезенке). Отсутствие жесткой фиксации желудка по всей его длине (прикреплен только в месте входа пищевода и выхода в двенадцатиперстную кишку) делает его центральную часть очень подвижной. Это приводит к тому, что форма и размер желудка могут существенно изменяться в зависимости от количества содержащейся в нем пищи, тонуса мышц желудка и брюшного пресса и других факторов.

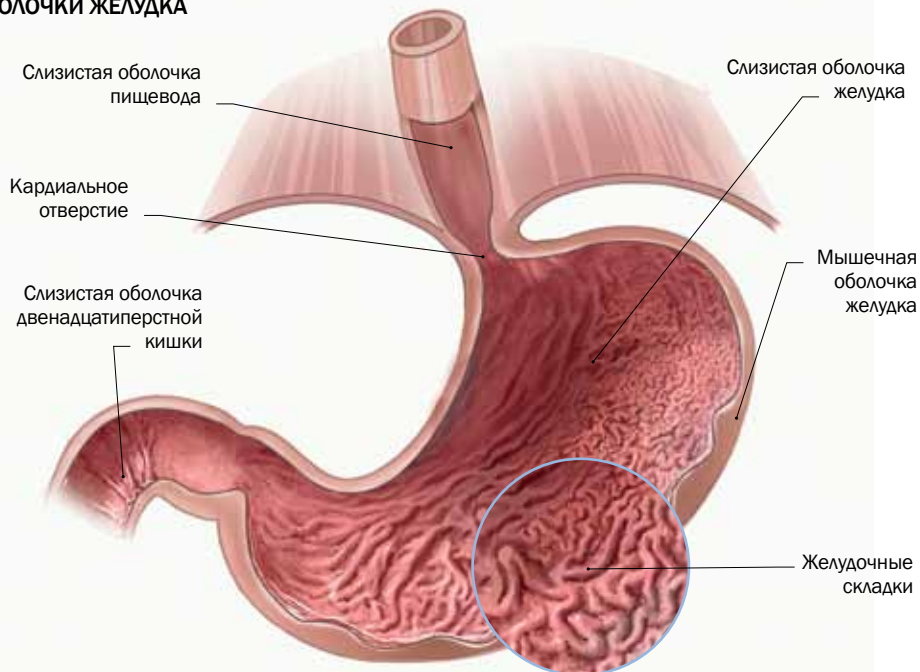
Стенки желудка со всех сторон соприкасаются с органами брюшной полости. Сзади и слева от желудка находится селезенка, позади него — поджелудочная железа и левая почка с надпочечником. Передняя стенка примыкает к печени, диафрагме и передней брюшной стенке. Поэтому боли некоторых заболеваний желудка, в частности язвенной болезни, могут быть в разных местах в зависимости от расположения язвы.

Стенка желудка имеет 4 основные оболочки — внутреннюю (слизистую), подслизистую,



Это заблуждение, что съеденная пища переваривается в том порядке, в котором она попала в желудок. На самом деле в желудке, как в бетономешалке, еда перемешивается в однородную массу.

ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА



мышечную (среднюю) и наружную (серозную). Толщина **слизистой оболочки** желудка составляет 1,5–2 миллиметра. Сама оболочка покрыта однослойным призматическим эпителием, содержащим желудочные железы, состоящие из различных клеток, и образует большое количество направленных в разные стороны желудочных складок, располагающихся преимущественно на задней стенке желудка. Слизистая оболочка поделена на желудочные поля диаметром от 1 до 6 миллиметров, на которых располагаются желудочные ямки диаметром 0,2 миллиметра, окруженные ворсинчатыми складками. В эти ямки открываются выводные отверстия протоков желудочных желез, вырабатывающих соляную кислоту и пищеварительные ферменты, а также слизь, защищающую желудок от их агрессивного влияния.

Подслизистая оболочка, расположенная между слизистой и мышечной оболочками, богата рыхлой волокнистой соединительной тканью, в которой располагаются сосудистые и нервные сплетения.

Мышечная оболочка желудка состоит из 3 слоев. Наружный продольный слой является про-

должением одноименного слоя пищевода. У малой кривизны он достигает наибольшей толщины, а у большой кривизны и дна желудка истончается, но занимает большую поверхность. Средний круговой слой также представляет собой продолжение одноименного слоя пищевода и полностью охватывает желудок. Третий (глубокий) слой состоит из косых волокон, пучки которых образуют отдельные группы. Сокращения 3 разнонаправленных мышечных слоев обеспечивает качественное перемешивание пищи в желудке и перемещение пищи из желудка в двенадцатиперстную кишку.

Наружная оболочка обеспечивает фиксацию желудка в брюшной полости и защищает другие оболочки от проникновения микробов и от перерастяжения.



В последние годы установлено, что молоко, которое ранее рекомендовали для снижения кислотности, не снижает, а несколько повышает кислотность желудочного сока.

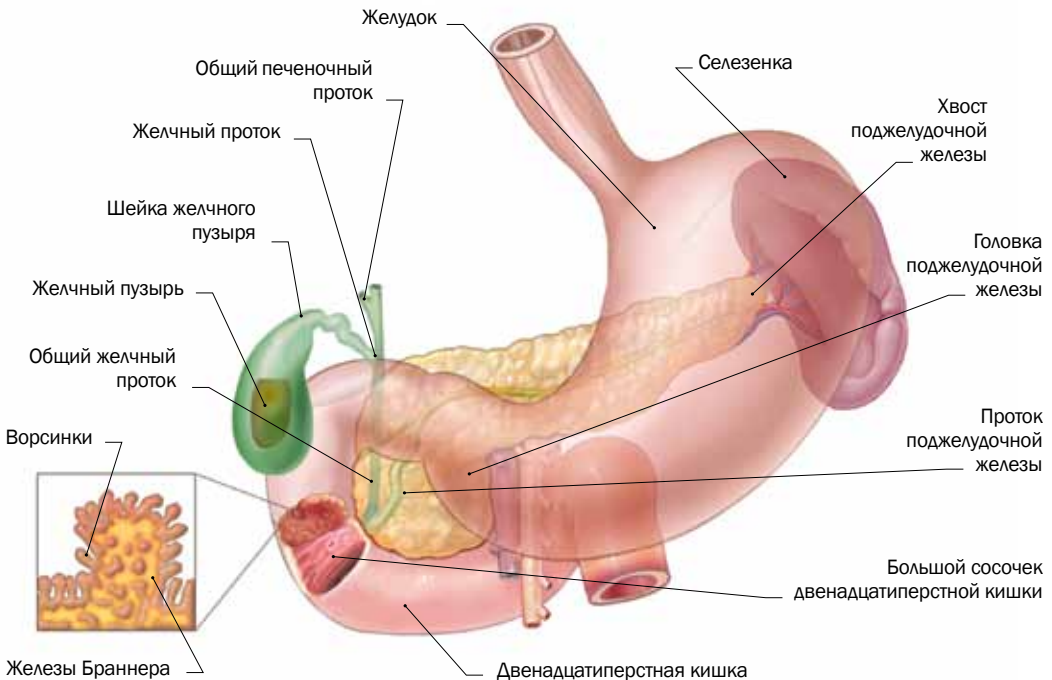
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНАЯ КИШКА

Двенадцатиперстная кишка является началом тонкого кишечника, но настолько тесно связана с желудком, что имеет даже совместное заболевание — язвенную болезнь.

Свое любопытное название эта часть кишечника получила после того, как кто-то заметил, что длина ее в среднем равняется ширине двенадцати пальцев, то есть примерно 27–30 сантиметрам. Двенадцатиперстная кишка начинается сразу за желудком, охватывая подковой головку поджелудочной железы. В этой кишке выделяют верхнюю (луковица), нисходящую, горизонтальную и восходящую части. В нисходящей части на вершине большого (фатерова) сосочка двенадцатиперстной кишки имеется устье общего желчного протока и протока поджелудочной железы. Воспалительные процессы в двенадцатиперстной кишке, а особенно язвы, могут вызывать нарушения в работе желчного пузыря и поджелудочной железы, вплоть до их воспаления.

Стенка двенадцатиперстной кишки состоит из 3 оболочек — серозной (наружной), мышечной (средней), а также слизистой (внутренней) с подслизистым слоем. С помощью **серозной оболочки** она крепится почти неподвижно на задней стенке брюшной полости. **Мышечная оболочка** двенадцатиперстной кишки состоит из 2 слоев гладких мышц: наружного — продольного и внутреннего — кругового.

Слизистая оболочка имеет особое строение, делающее ее клетки устойчивыми как к агрессивной среде желудка, так и к концентрированным желчи и ферментам поджелудочной железы. Слизистая оболочка образует круговые складки, густо покрытые пальцеобразными выростами — кишечными ворсинками. В верхней части кишки в подслизистом слое находятся сложные дуоденальные железы. В нижней части, в глубине слизистой оболочки, располагаются трубчатые кишечные железы.



Двенадцатиперстная кишка — начало тонкого кишечника, именно здесь начинается процесс кишечного пищеварения. Одним из важнейших процессов, происходящих в двенадцатиперстной кишке, является нейтрализация кислого желудочного содержимого с помощью как собственного сока, так и поступающей из желчного пузыря желчи.

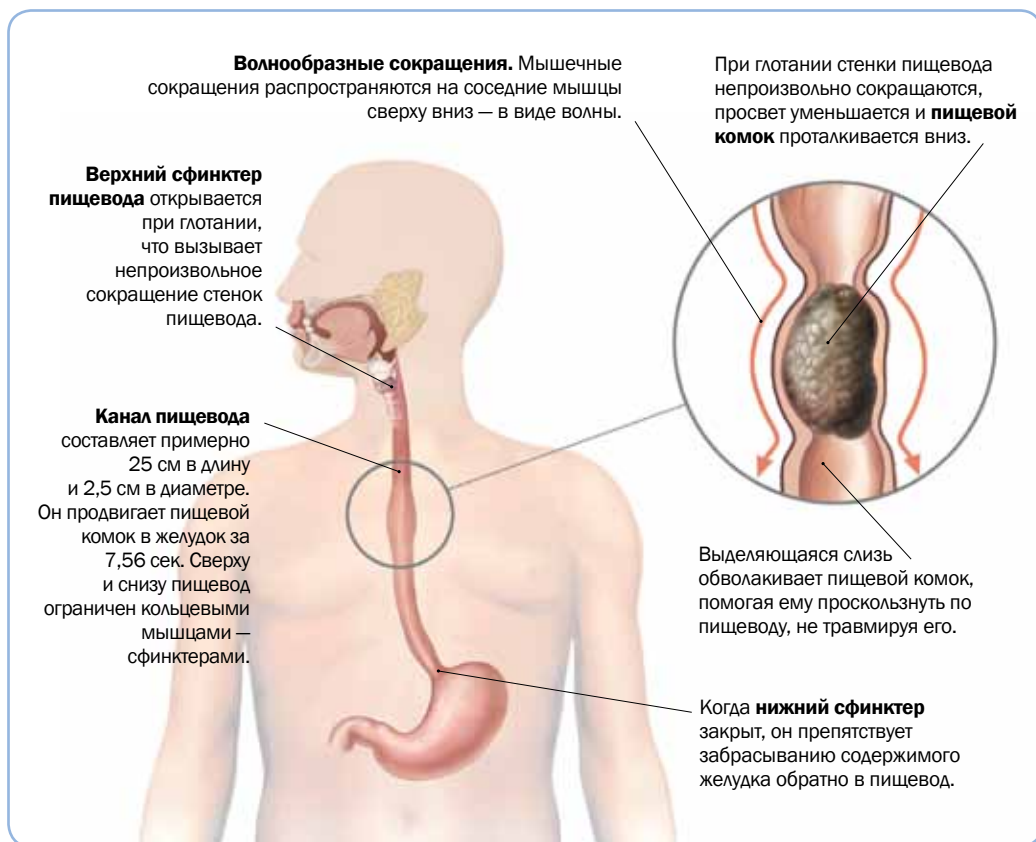
РОЛЬ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ В ПРОЦЕССЕ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Чтобы понять, как правильно питаться, особенно при каких-либо нарушениях в состоянии здоровья, надо очень четко представлять роль разных отделов желудочно-кишечного тракта в процессе пищеварения, который начинается задолго до того, как пища попадает в рот.

Процесс начинается на расстоянии от пищи через 2-ю сигнальную систему, то есть через мысли о пище. И только затем подключается 1-я сигнальная — внешний вид, запах и так далее. Весь этот предварительный этап направлен на подготовку организма к приему пищи: выделение так называемого «запального» или, как говорил академик И. П. Павлов, «аппетитного» желудочного сока, торможение нервной системы, расслабление мускулатуры. Поэтому некоторые люди пытаются снять стресс, принимая пищу, что может

быть расценено как пищевая наркомания, часто приводящая к ожирению.

За стол следует садиться совершенно спокойным, оставив все мысли и заботы и настроившись на прием пищи. Нежелательны и даже опасны чтение книг, газет, просмотр телепередач. Еще один практический вывод: вкусно приготовленная и красиво оформленная пища — наполовину переваренная пища. Следовательно, больным, а также людям, ослабленным после болезни и с нарушенным аппетитом, надо готовить пищу,



приправляя ее пряностями и зеленью. И наоборот, люди, страдающие избыточной массой тела, должны избегать этого, чтобы не возникало желания съесть побольше.

Основной задачей при переваривании пищи является расщепление составляющих ее пищевых веществ (белков, жиров и углеводов) до простых компонентов (аминокислот, жирных кислот, глюкозы), которые всасываются в кровь и лимфу и транспортируются к тканям организма. Расщеплению подвергаются все питательные вещества за исключением воды, минеральных солей и витаминов, которые всасываются неизменными.

Пищеварение начинается уже с полости рта, в которой резцами откусывается кусок пищи, а коренными зубами дробится и размельчается путем пережевывания. Измельчение и тщательное пережевывание пищи в полости рта улучшает пропитывание ее слюной, содержащей амилазы (птиалин и мальтазу), расщепляющие углеводы (крахмал каш, хлебобулочных и макаронных изделий, картофеля), и облегчает дальнейшее ее переваривание. Это в свою очередь уменьшает нагрузку на желудок и поджелудочную железу, предупреждая их заболевания и способствуя восстановлению их деятельности при тех или иных нарушениях.

Слизистое вещество слюны (муцин) способствует обволакиванию частиц пищи и их более легкому перемещению по пищеводу в желудок. Поэтому необходимо тщательно прожевывать пищу. Выделение слюны может начаться еще и до еды, при виде и запахе пищи (так называемое рефлекторное слюноотделение). Оно усиливается при раздражении пищевой рецепторов, находящихся на языке, и слизистой оболочки рта. Заболевания полости рта (стоматиты, кариес, пародонтоз) или отсутствие зубов могут существенно нарушать питание как за счет невозможности употребления твердых продуктов, так и из-за недостаточного пережевывания.

Когда пища тщательно пережевана, совершается глотательное движение и частично переваренный и смоченный слюной пищевой комок из ротовой полости через глотку попадает в пищевод. Во время глотания надгортанник закрывает вход в гортань, не позволяя пище попасть в дыхательное горло. Основная функция пищевода — продвижение пищи в желудок, ни переваривания, ни всасывания в нем не происходит. При попадании пищевого комка в пищевод начина-

ПРОДВИЖЕНИЕ ПИЩЕВОГО КОМКА ПО ПИЩЕВОДУ



При глотании мышцы пищевода начинают волнообразно сокращаться, проталкивая пищевой комок (химус) в желудок.

ется волнообразное сокращение его мышц (перистальтическая волна), в результате чего пища проталкивается в желудок. В слизистой оболочке пищевода содержится множество мелких желез, выделяющих слизь, которая обволакивает пищевой комок, благодаря чему он легче проскользывает по пищеводу, не травмируя его.

Пройдя по пищеводу, пища попадает в желудок — самую большую полость в пищеварительной системе. Основной функцией желудка является механическая (перемешивание) и химическая (частичное переваривание) обработка поступающей из ротовой полости пищи, формирование пищевого комка и его перемещение в двенадцатиперстную кишку. Пищевой комок под действием желудочного сока постепенно разжижается, приобретая кашицеобразную консистенцию (химус). Образование химуса происходит при преимущественно углеводной пище через 2 часа,



Перистальтика — волнообразное сокращение стенок полых трубчатых органов (пищевода, желудка, кишечника и др.), способствующее продвижению их содержимого к выходным отверстиям.

Как же действуют пищевые вещества на процесс пищеварения в желудке?

Жиры замедляют эвакуацию пищи из желудка, тормозят желудочную секрецию и вызывают чувство сытости. Белки стимулируют выработку соляной кислоты и пепсина, но в то же время обладают буферным действием, связывая соляную кислоту. Углеводы, особенно простые сахара, усиливают моторику и секрецию желудка.

белковой — 3–4 часа, насыщенной жирами — 4–6 часов. Вода, выпитая натощак, уходит из желудка очень быстро.

В желудке начинается переваривание белков. Однако белки перевариваются не полностью, распадаясь на довольно крупные молекулы (полипептиды). Переваривание начинается с поверхности пищевого комка, слои которого постоянно перемещаются благодаря сокращениям мышечных волокон желудка.

Также в желудке может продолжаться начатое в ротовой полости переваривание крахмала, но эффективность переваривания мала. Это объясняется тем, что, если такая пища хорошо прожевана во рту, она поступает в виде кашицы и легко смешивается с кислым желудочным соком, тормозящим активность амилазы слюны. Если же крахмалистые продукты (хлеб, макароны, каши, картофель) плохо прожеваны, то в них почти нет амилазы. В целом роль желудка в переваривании углеводов заключается в размягчении соляной кислотой пищевых волокон (клетчатки, гемицеллюлозы) растительных продуктов, что облегчает их усвоение в толстом кишечнике.

Незначительна роль желудка и в переваривании жиров. В связи с малой активностью желудочной липазы возможны лишь начальные этапы переваривания молочных жиров. Некоторая часть веществ, образующихся в желудке при расщеплении белков (вода, спирт), всасывается через слизистую оболочку желудка в кровь.

В течение всего времени, пока в желудке находится переваривающаяся пища, его железы выделяют желудочный сок. Выделение его, как и слюны, может начинаться еще до принятия пищи: при виде ее и ощущении ее запаха. Активизирует пищеварение и привлекательная сервировка сто-

ла, красивое оформление блюд, благоприятная эмоциональная обстановка за обеденным столом. Пища при этих условиях попадает в желудок, когда в нем уже имеется сок, который сразу же начинает расщеплять пищевые вещества. Химические вещества пищи непосредственно воздействуют на слизистую оболочку желудка, его железы, нервные окончания, еще больше активизируя выработку сока.

Основными компонентами желудочного сока являются соляная кислота, слизь и различные ферменты, среди которых наибольшее значение имеют пепсин и гастрин. Соляная кислота обеспечивает кислую среду в желудке, способствует повышению активности указанных ферментов, а также уничтожению микробов. Слизь предохраняет желудок от самопереваривания, с ней выделяется так называемый внутренний фактор Касла, обеспечивающий нормальное всасывание в кишечнике витамина B_{12} .

Кроме того, желудок выделяет в небольшом количестве лизоцим, который совместно с соляной кислотой обеспечивает бактерицидное действие желудочного сока. При заболеваниях желудка многие из этих функций нарушаются, усугубляя течение болезней.

Объем желудочного сока (в среднем 2–2,5 литра в сутки) зависит от количества функционирующих железистых клеток и их состояния, а также от характера пищи. В норме pH содержимого желудка натощак равен 6,0 (слабокислая), а при приеме пищи понижается до 1,0–1,5 (сильнокислая). При различных нарушениях, в том числе при гастритах, язвенной болезни, содержание соляной кислоты в желудочном соке может повышаться, что бывает значительно чаще, или понижаться вплоть до ее полного отсутствия. Могут угнетаться также ферментообразующая и слизиобразующая функции желудка. В таких случаях врачи обычно рекомендуют принимать перед едой очень слабый раствор соляной кислоты, приготовленный в аптеке, или препараты желудочного сока, содержащего в своем составе как ферменты, так и соляную кислоту.

Наиболее быстро переваривается и покидает желудок жидкая, желе- и пюреобразная, а также кашицеобразная пища. Указанные виды пищи оказывают минимальное механическое воздействие на желудок по сравнению с плотной или твердой пищей, которая медленнее переваривается и эвакуируется из желудка.

Блюда, приготовленные путем жарки или запекания с корочкой, перевариваются дольше и оказывают большее механическое действие, чем отваренные в воде или на пару. Механически раздражающее действие на желудок оказывают продукты, содержащие много пищевых волокон, богатые грубой клетчаткой бобовые, грибы, хлеб из муки грубого помола, крупа из цельного зерна, орехи, некоторые овощи, фрукты и ягоды, а также богатые соединительной тканью мясо с фасциями и сухожилиями, кожа рыбы и птицы.

Наименьшее воздействие на слизистую оболочку желудка оказывают блюда, температура которых близка к таковой в желудке (37 °С). Блюда, температура которых выше 60–62 °С, могут оказывать раздражающее действие на слизистую оболочку желудка и задерживают эвакуацию пищи из него. Теплые блюда и напитки покидают желудок быстрее, чем холодные (ниже 15 °С).

Отрицательно действуют на секреторную и двигательную функции желудка большие объемы принимаемой пищи, поэтому при острых заболеваниях желудка или при обострении хронических пищу принимают частыми, дробными порциями, распределяя суточную массу рациона на 5–6 приемов. Кроме того, обычную суточную массу рациона (3–3,5 килограмма) уменьшают до 2–2,5 килограмма.

Содержимое желудка небольшими порциями поступает в начальный отдел тонкого кишечника, в двенадцатиперстную кишку, где подвергается дальнейшему перевариванию.

В течение суток у человека образуется и выделяется в просвет двенадцатиперстной кишки около 1 литра сока поджелудочной железы. В нем присутствуют 3 группы ферментов:

- протеазы — протеолитические ферменты (трипсин и химотрипсин), продолжающие расщепление белков до аминокислот
- карбогидразы (амилаза, мальтаза и лактаза), расщепляющие углеводы до моносахаров — глюкозы и фруктозы
- липазы, расщепляющие жиры до жирных кислот.

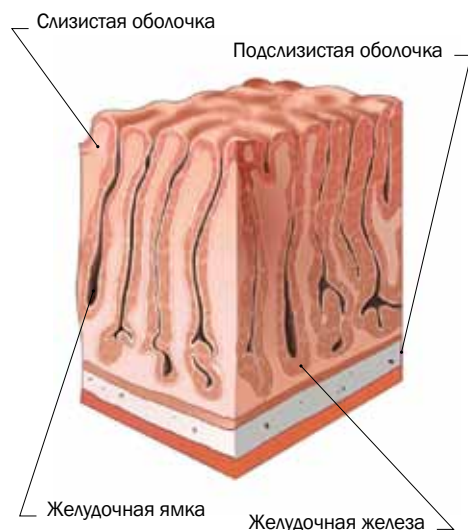
При поражениях поджелудочной железы прежде всего страдает переваривание жиров, в меньшей мере белков и углеводов. Сок поджелудочной железы содержит и бикарбонат натрия

(сода), который совместно со щелочным кишечным соком участвует в нейтрализации кислой реакции химуса. Кроме того, сода способствует дальнейшему разрыхлению химуса. Собственно кишечный сок (2,5 литра в сутки) также содержит ферменты, осуществляющие конечные этапы расщепления белков, жиров и углеводов.

Желчь (до 1,2 литра в сутки), поступающая из желчного пузыря, активирует липазу поджелудочного сока и эмульгирует жиры, что приводит к увеличению поверхности соприкосновения их с липазой и существенному ускорению переваривания. Желчь выделяется в двенадцатиперстную кишку только на пищу (больше на жирную), а остальное время собирается и хранится в желчном пузыре. Поэтому для предотвращения застоя желчи надо принимать пищу с интервалом не более 4–5 часов, чтобы обеспечить регулярное опорожнение желчного пузыря. Для этих целей годится любая пища, даже фрукты и ягоды.

Далее частично переваренная пища из двенадцатиперстной кишки поступает в отдел тонкого кишечника, называемый тощей кишкой, где происходит процесс окончательного переваривания некоторых пищевых компонентов и всасывание в кровь конечных продуктов пищеварения.

СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА ЖЕЛУДКА В РАЗРЕЗЕ



ПЕРВЫЕ СИГНАЛЫ ТРЕВОГИ ПРИ БОЛЕЗНЯХ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ

Расстройства основных функций при заболеваниях верхних отделов ЖКТ ведут к целому ряду характерных болезненных симптомов. Важнейшие из них — боли в животе, кровотечения, отрыжка, изжога, тошнота и рвота.

БОЛЬ В ЖИВОТЕ

Наиболее частым симптомом при различных заболеваниях верхних отделов ЖКТ являются боли в области груди, живота, возникающие в основном из-за воспалительных изменений, спазмов и растяжения органов, прободения язвы и тому подобного (эзофагит, острый гастрит или хронический гастрит с повышенной секрецией, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки). Боль может быть острой и хронической, постоянной и приступообразной, ло-

кальной или разлитой. Для диагноза очень важно четко определить характер и расположение болей (например, под ложечкой при язве в желудке, а под правым подреберьем при дуодените или холецистите), время возникновения боли (ночью, днем, связь с приемом пищи, физическими нагрузками).

Причинами болей могут быть состояния, опасные для жизни, требующие срочного установления диагноза, интенсивного наблюдения и решения вопроса о неотложной операции.

ОСНОВНЫМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ОПАСНОЙ ДЛЯ ЖИЗНИ БОЛИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- острое возникновение сильной боли, сохраняющейся более 6 часов
- боль, сопровождающаяся высокой температурой, сильной тошнотой и упорной рвотой, кровотечением (кровь в рвотных массах или черный, дегтеобразный стул)
- выраженная бледность, головокружение, падение артериального давления и увеличение частоты пульса в покое, слабость, апатия
- признаки «острого живота» — напряжение мышц брюшной стенки, раздувание живота вследствие плохого отхождения газов и другие



В указанных случаях необходимо вызывать «скорую» или «неотложную помощь».

При слабых болях, не связанных с наличием явных заболеваний ЖКТ, протекающих без перечисленных выше опасных симптомов, надо в первую очередь попробовать применить препараты, снимающие спазм, — спазмолитики, а также вяжущие, обволакивающие, снижающие кислотность (при болезнях, сопровождающихся высокой кислотностью), препараты из лекарственных растений. Если спазмолитики не помогают, принять обезболивающее. Имеются комплексные препараты, содержащие и спазмолитики, и обезболивающие. Однако если боль, прошедшая после приема тех или иных препаратов, через несколько часов возвращается вновь, то надо обя-

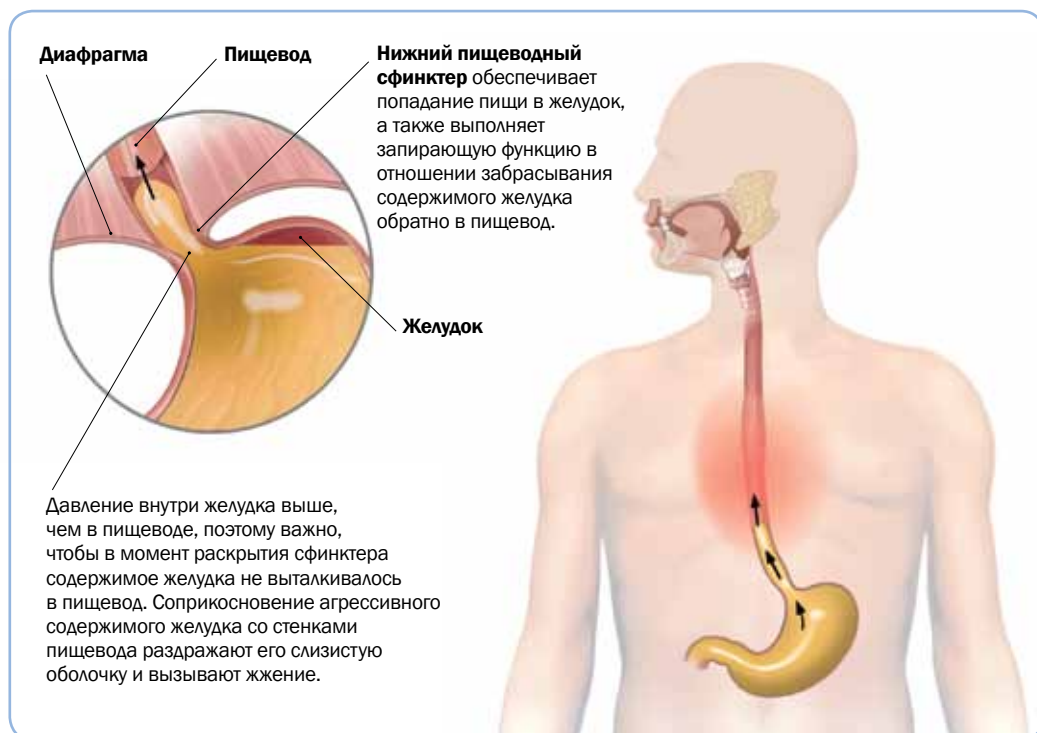
! По мнению большинства врачей, при «остром животе» обезболивающие можно принимать только при выраженной боли уже во время дообследования в условиях клиники, так как их прием до установления диагноза может маскировать картину и затруднять постановку правильного диагноза.

зательно обратиться к врачу для установления диагноза и лечения.

ИЗЖОГА

Следующим по распространенности сигналом тревоги является изжога, представляющая собой ощущение дискомфорта или чувства жжения за грудиной, распространяющегося вверх от подложечной области по ходу пищевода. При этом возникает впечатление, будто проглоченная пища возвращается обратно в рот, что сопровождается кислым или горьким привкусом. Может сопровождаться также чувством давления, распирания, тепла или комка.

Изжога обычно бывает после еды, причем независимо от кислотности желудочного сока, хотя чаще она встречается при повышенной кислотности. Изжога является наиболее распространенным симптомом гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, однако чаще возникает сама по себе при тех или иных погрешностях в питании (переедание, большое количество кислых продуктов). Следует иметь в виду, что длительное чувство



жжения и/или боли за грудиной может быть связано и с нарушениями со стороны сердца, поэтому необходимо срочно обращаться к врачу для уточнения диагноза и лечения.

Изжогу позволяет снять прием лекарств, которые нейтрализуют кислоту, обволакивая стенки пищевода защитной пленкой. Питьевую соду использовать не стоит, так как она, временно нейтрализуя кислоту, вызывает в последующем еще большее ее образование.

ТОШНОТА И РВОТА

Тошнота — неприятное, тягостное ощущение в подложечной области, груди, полости рта, нередко предшествующее рвоте. Рвота — рефлекторное извержение содержимого желудка, реже двенадцатиперстной кишки, через рот, обусловленное выраженными сокращениями мышц грудной клетки и живота.

Тошнота, как и рвота, является одним из симптомов пищевых отравлений микробной и немикробной природы, заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки, таких как острый и хронический гастрит, язвенная болезнь, рак и многих других.

Однако рвота может возникать не только из-за болезней системы пищеварения, но и в связи с непосредственным раздражением рвотного центра, расположенного в мозге: укачивание, гипертонический криз, повышение внутричерепного давления, травма головы, интоксикация никотином, алкоголем, химиопрепаратами, а также множества других причин.

Имеются отличия в характеристиках рвоты при разных заболеваниях. Так, например, при болезнях пищевода и рвоте центрального происхождения обычно не бывает предшествующей тошноты. Причем тошнота, как правило, не связана с приемом пищи, скудная и не приносит облегчения. Напротив, при стенозе привратника объем рвотных масс большой. Кислые рвотные массы характерны для обострения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Важное диагностическое значение имеет наличие таких примесей в рвоте, как слизь, желчь, кровь и другие.

Однократная рвота, после которой наступило облегчение и постепенное улучшение самочувствия, обычно не требует медицинской помощи. Однако при непрекращающихся приступах рвоты, когда извергается не только пища, но и вода,

особенно при появлении желчи или крови, необходима срочная госпитализация из-за опасности обезвоживания и истощения, а также для установления диагноза и лечения.

ОТРЫЖКА

Отрыжка, являющаяся одним из симптомов заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки, режее пищевода, представляет собой попадание в полость рта содержащегося в желудке небольшого количества пищи или воздуха.

РАССТРОЙСТВА ГЛОТАНИЯ

Наиболее распространенной причиной расстройств глотания (дисфагии), проявляющихся попаданием пищи или жидкости в нос, гортань или трахею, кашлем или удушьем, болями в момент глотания, а также невозможностью глотания, являются ахалазия кардии и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. При отсутствии лечения на слизистой оболочке образуются повреждения, постепенно вызывающие сужения пищевода.

Причинами нарушений глотания могут быть также воспалительные процессы в полости рта,

У 25–50 % больных инсультом развиваются нарушения глотания, которые сами по себе проходят в течение первых 2 недель. Поэтому не следует мучить их необоснованными диагностическими процедурами, которые нужны только в том случае, если симптомы дисфагии длятся дольше.



глотке, пищеводе и гортани, инородные тела, рубцовые сужения и опухоли, нарушения мозгового кровообращения, функции мышц пищевода и многие другие.

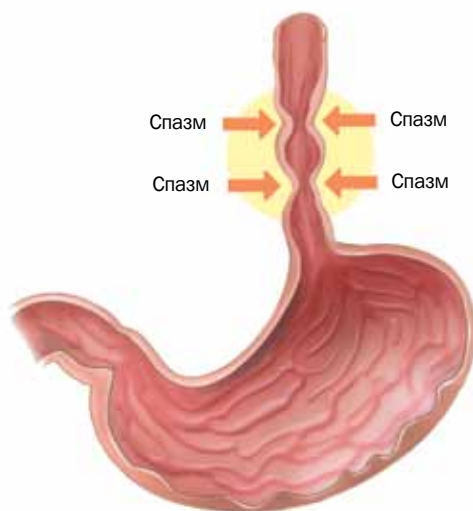
ИКОТА

Икота — это нарушение дыхания, возникающее в результате серии судорожных толчкообразных сокращений дыхательных мышц и диафрагмы, характеризующееся сдавленным звуком из-за одновременного резкого закрывания голосовой щели. Непосредственной причиной со стороны ЖКТ могут служить переедание, дивертикул или опухоль пищевода, гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и другие. Рефлюкс-эзофагит чаще является результатом икоты, а не ее причиной, как это описывают в некоторых книгах.

КРОВОТЕЧЕНИЯ

Кровотечения из верхних отделов ЖКТ составляют 80–90 % всех случаев желудочно-кишечных кровотечений. Основными причинами являются язвенная болезнь и эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки, реже кровотечения возникают из-за варикозного расширения вен, эрозий и язв пищевода. Риск кровотечений из желудка и двенадцатиперстной кишки существенно увеличивается при регулярном приеме нестероидных противовоспалительных препаратов (аспирин, диклофенак, ибупрофен и др.), а также антикоагулянтов (варфарин, пелентан, прадакса и др.). Фактором повышенного риска кровотечений является злоупотребление алкоголем.

СПАЗМ ПИЩЕВОДА — ОДНА ИЗ ПРИЧИН НАРУШЕНИЙ ГЛОТАНИЯ



Одним из важнейших признаков кровотечения из верхних отделов ЖКТ является мелена — черный, дегтеобразный стул (не стоит путать с поеданием красящих продуктов), а также кровь (вида кофейной гущи) в рвотных массах. Иногда кровотечение может вначале проявиться общими симптомами — слабостью, головокружением, падением артериального давления, бледностью кожи, тогда как кровь появляется лишь через несколько часов.

При подозрении на кровотечение необходима срочная госпитализация, так как летальные исходы при подобных кровотечениях в последние годы составляют 5–10 %. До приезда врача необходимо обеспечить больному полный покой в горизонтальном положении и положить пузырь со льдом на подложечную область.



Американец Фрэнсис Фесмайр, а также трое его израильских коллег в 2006 году получили шутивленную Шнобелевскую премию по медицине за открытие метода лечения икоты при помощи массажа прямой кишки, который они советуют применять в «особо тяжелых случаях». Причем открытие было сделано ими в разные годы независимо друг от друга.



БОЛЕЗНИ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ И ГЛОТКИ

Заболевания ротовой полости при схожести симптомов могут иметь совершенно разные причины, а также возникать как осложнения других заболеваний, поэтому важно вовремя определить, из-за чего появилась та или иная болезнь.

СТОМАТИТ

Это воспаление слизистой оболочки полости рта. Является осложнением различных острых инфекционных заболеваний (корь, дифтерия, скарлатина), болезней кожи (красный плоский лишай, экссудативная эритема), крови (лейкоз, агранулоцитоз, гиперхромная анемия), авитаминозов (спру, пеллагра, цинга), химиотерапии онкологических заболеваний. Непосредственной причиной стоматита могут быть также вирус герпеса, грибы (кандидоз, молочница), дисбактериоз вследствие длительного приема антибиотиков и кортикостероидных гормонов.

Основными симптомами стоматита являются болезненность, покраснение и изъязвление слизистой полости рта, иногда повышение температуры тела, появление неприятного запаха изо рта, слюнотечение, отказ от пищи.

При появлении стоматита необходимо выявить и устранить его причину. Одновременно для лечения стоматита, наряду с обязательными

гигиеническими процедурами, важное значение имеет соблюдение ряда диетических рекомендаций (см. «Питание при заболеваниях ротовой полости и глотки»).

ФАРИНГИТ

Заболевание, представляющее собой острое или хроническое воспаление слизистой оболочки и лимфоидной ткани глотки, не является предметом гастроэнтерологии; лечением фарингита занимаются обычно отоларингологи. Однако необходимо своевременное лечение острого фарингита для предупреждения перехода его в хронический, так как при этом заболевании из-за болей в глотке, постоянного кашля и других симптомов может нарушаться питание больного.



БОЛЕЗНИ ПИЩЕВОДА

Различные нарушения со стороны пищевода и его болезни довольно широко распространены. Так, например, отдельные симптомы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни встречаются у 20–25 % населения развитых стран.

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ

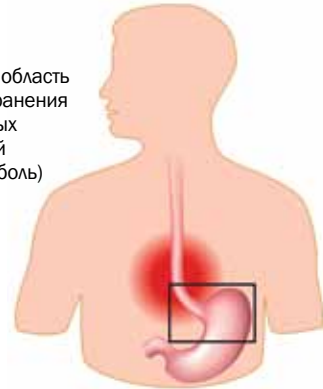
Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) — обратное затекание пищи из желудка в пищевод в связи с ослаблением замыкательной функции сфинктера в месте перехода пищевода в желудок. Это приводит к попаданию в нижние отделы пищевода агрессивного содержимого желудка (соляная кислота, пепсин, желчные кислоты), вызывающего воспаление слизистой оболочки (эзофагит) и/или такие симптомы, как изжога, отрыжка кислым, боли и жжение в области груди, повышенное слюноотделение. Конкретными причинами нарушения функции нижнего сфинктера пищевода может быть врожденный дефект его мышц, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы и другие. В частности, важную роль играют нарушения нервной регуляции двигательной активности пищевода и желудка. Увеличивают риск возникновения указанных нарушений курение, прием препаратов, снижающих тонус гладких мышц.

По данным современных широкомасштабных исследований, у 20–25 % населения имеются отдельные симптомы ГЭРБ, в то время как эзофагит выявляется примерно у 25–40 % пациентов с симптомами ГЭРБ.

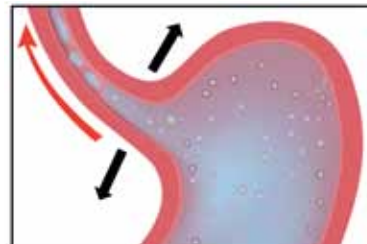
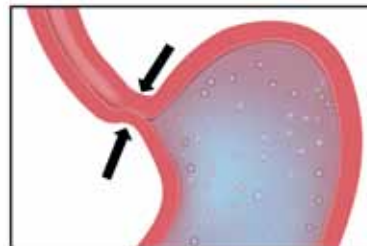
Основной симптом ГЭРБ — изжога — встречается у 75 % больных, которые обычно отмечают ее усиление после еды, приема газированных напитков и алкоголя, а также при наклонах, физическом напряжении и нахождении в горизонтальном положении. Усиление отрыжки кислым, вплоть до срыгивания небольшого количества пищи, отмечается в тех же условиях, что и изжоги, но бывает гораздо реже. Нарушения глотания могут свидетельствовать о возникновении сужения пищевода. Боли за грудиной при ГЭРБ, в отличие от стенокардии, тесно связаны с приемом пищи и

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ

Красным отмечена область распространения неприятных ощущений (жжение, боль) при ГЭРБ.



Механизм развития ГЭРБ: нижний сфинктер пищевода в норме закрыт, открывается только для пропускания пищи (вверх); нижний сфинктер пищевода при ГЭРБ не закрывается полностью, что и обуславливает обратное затекание желудочного содержимого в пищевод (красная стрелка вниз).



Для страдающих гастроэзофагеальным рефлюксом придумана ортопедическая подушка, которая сбоку имеет форму треугольника, чтобы поддерживать туловище в приподнятом положении.

проходят после приема щелочных минеральных вод и противокислотных препаратов.

Для подтверждения диагноза ГЭРБ проводят эзофагогастродуоденоскопию, рентген органов грудной клетки, пищевода и желудка, реже биопсию (отщипывают кусочек слизистой оболочки пищевода), pH-метрию (измерение кислотности внутри пищевода) и манометрию (измерение давления внутри пищевода).

Наряду с соблюдением мер по определенному образу жизни, питанию и фитотерапии, необходимо и медикаментозное лечение, так как вовремя не пролеченная ГЭРБ может приводить к серьезным осложнениям, наиболее грозным из которых является пищевод Баррета — разраста-

ние и трансформация нормальных клеток нижней части пищевода в клетки, способные превращаться в раковые. Кроме того, ГЭРБ может приводить к образованию язв и кровоточениям из них, а также сужению пищевода.

Лекарственная терапия включает применение препаратов, улучшающих замыкательную функцию сфинктера пищевода и стимулирующих опорожнение желудка в двенадцатиперстную кишку. Одновременно для лечения ГЭРБ используют препараты, уменьшающие образование кислоты в желудке. При выраженной изжоге дополнительно принимают снимающие ее препараты.

Правильное лечение может назначить только врач после тщательного обследования и постановки точного диагноза.

ЭЗОФАГИТ

Это воспаление слизистой оболочки пищевода, которое может прогрессировать с развитием болезненных язв, кровоточения и наслоения вторичной инфекции. Проявляется затруднениями при глотании твердой пищи, дискомфортом или болью при глотании, болями за грудиной, иногда срыгиванием и рвотой.

ПРИЧИНЫ ЭЗОФАГИТА

Причинами эзофагита, наряду с гастроэзофагальным рефлюксом, могут быть прием слишком горячей пищи, химиотерапия и лучевая терапия области шеи, груди и спины при лечении онкологических заболеваний и другие. Избыточный вес и курение усиливают проявления эзофагита.

Для лечения используют обволакивающие средства, лечебное питание, щадящее слизистую оболочку пищевода, и фитотерапию (масла облепихи и шиповника, сок подорожника, отвары противовоспалительных трав типа ромашки, тысячелистника и других).



Норвежские ученые в ходе 11-летнего наблюдения за 30 000 человек, закончившегося в 2009 году, установили, что число случаев ГЭРБ в группе увеличилось на 50 %. Исследователи это связывают, во-первых, с ростом численности людей с избыточной массой тела, которая является фактором риска для развития кислотного рефлюкса. Во-вторых, частота ГЭРБ резко возрастает у женщин при наступлении климакса, что, по-видимому, связано с использованием ими заместительной гормональной терапии.

Прибор для суточного контроля за pH желудка



АХАЛАЗИЯ КАРДИИ

Ахалазия кардиального отдела пищевода — отсутствие согласованной перистальтической активности стенки пищевода, в результате чего не происходит расслабления нижнего сфинктера пищевода в ответ на проглатывание пищи и она не сразу попадает в желудок, накапливаясь в пищеводе. Ахалазия кардии связана с нарушением нервной регуляции мышц пищевода. Ахалазия кардии связана с нарушением нервной регуляции мышц пищевода. Заболеваемость составляет 1–2 человека на 100 000 населения. И хотя преобладающий возраст больных от 20 до 60 лет, около 5 % заболевших приходится на детей. Среди факторов риска определенное значение имеют стрессы, поспешный прием пищи и некоторые другие факторы, сопровождающиеся нарушением двигательной активности пищевода.

Ахалазию кардии можно заподозрить при нарушении глотания как жидкой, так и твердой пищи, сопровождающегося ощущением остановки пищи в пищеводе с последующим проваливанием ее в желудок, причем больные сами находят разные приемы, улучшающие переход пищи в желудок (после проглатывания пищи делают несколько глотательных движений, запивают каждый кусочек пищи водой, ходят, подпрыгивают). Длительность задержки пищи в пищеводе может быть от 30 секунд до 3 часов в зависимости от стадии болезни. Нарушения глотания усиливаются после нервного возбуждения, быстрого приема пищи, особенно плохо прожеванной. Одновременно отмечаются боли за грудиной в связи с переполнением пищевода, исчезающие после срыгивания или прохождения пищи в желудок. Боли при ахалазии сходны с таковыми при стенокардии, однако для последней не свойственны нарушения глотания. При срыгивании, которое обычно бывает после нескольких глотков, имеется опасность попадания содержимого пищевода в дыхательные пути и развитие пневмонии. Характерно срыгивание пищей, не имеющей кислого вкуса, так как она срыгивается, еще не попав в кислую среду желудка. Ахалазия часто сопровождается икотой, отрыжкой воздухом, эзофагитом, похуданием (потеря массы тела может достигать 10–20 килограммов).

При обнаружении указанных симптомов следует немедленно обратиться к врачу. Уточнить диагноз позволяет проведение рентгенологиче-



Зонд с двумя надувными баллонами для расширения кардиального отдела пищевода

ского обследования пищевода с сульфатом бария, фиброэзофагоскопии, манометрии пищевода и другие по усмотрению лечащего врача. Для исключения ишемической болезни сердца (стенокардии) проводят электрокардиографию.

Лечение в случаях тяжелого нарушения глотания осуществляется либо путем расширения места перехода в желудок с помощью баллона, в который под давлением нагнетают воздух (пневмокардиодилатация), либо путем частичного рассечения спазмированных мышц кардиального отдела пищевода с помощью эндоскопа. Эффективность пневмокардиодилатации пищевода при ахалазии, составляющая от 60 до 100 %, зависит от диаметра используемых баллонов-расширителей, длительности заболевания, возраста больных. При наличии противопоказаний к проведению пневмокардиодилатации и хирургического лечения используют введение ботулинического токсина в нижний сфинктер пищевода. Временное облегчение дают и лекарственные препараты, уменьшающие спазм пищевода.

Больному следует придерживаться правил приема пищи (см. «Питание при болезнях пищевода»), физической активности (недопустимость нагрузок на мышцы брюшного пресса), сна (головной конец кровати должен быть приподнят), знать об опасности приема лекарств, раздражающих слизистую оболочку пищевода, особенно в виде таблеток (аспирин и другие нестероидные противовоспалительные препараты, аскорбиновая кислота, хлорид калия, сульфат железа), и так далее.

БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

За последние 20 лет существенно изменились представления о причинах возникновения, механизмах течения, методах диагностики и медикаментозного, а также немедикаментозного лечения болезней желудка и двенадцатиперстной кишки. Теперь возможно, во-первых, очень точно определять диагноз, а во-вторых, более качественно и быстро лечить при условии своевременного обращения к врачу.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИСПЕПСИЯ

Заболевание, характеризующееся болью, жжением и другими неприятными ощущениями в подложечной области при отсутствии каких-либо явных изменений в органах пищеварения. Этому заболеванию начали уделять внимание только в конце XX века. В развитых странах Европы и США функциональная диспепсия (ФД) встречается у 30–40 % взрослого населения.

Диагноз ФД ставят при наличии одного и более из перечисленных симптомов, длящихся не менее 3 месяцев на протяжении 6 месяцев перед установлением диагноза:

- чувство переполнения в подложечной области
- быстро наступающее чувство насыщения после приема небольшого количества пищи
- боль в подложечной области
- чувство жжения в подложечной области
- ощущение вздутия в верхней части живота, но при одновременном отсутствии каких-либо структурных изменений в органах пищеварения, которые могли бы вызвать имеющиеся у больного неприятные симптомы.

В основе ФД лежат как ослабление двигательной функции желудка и двенадцатиперстной кишки, что приводит к замедлению их опорожнения, так и повышение чувствительности слизистой оболочки желудка к химическому и механическому воздействию. Поэтому ФД связывают с нарушением деятельности вегетативной нервной системы. Кроме того, в развитии ФД велика роль нервно-психического состояния человека. Это подтверждается тем, что у 25–45 % больных улучшение на-



Недавно проведенное исследование пациентов с ФД показало, что тяжесть симптомов в значительной степени связана с психологическими факторами — депрессия, расстройства настроения и другими. Однако психологические нарушения могут как приводить к появлению симптомов ФД, так и, наоборот, появляться в результате нарушений в ЖКТ, в том числе в раннем детстве.

ступает после приема не истинных лекарственных препаратов, а плацебо — «пустышки», похожей на лекарство, а также успокаивающих препаратов. Кроме того, у таких больных часто встречаются симптомы функциональных расстройств других органов и систем, в том числе синдром раздраженного кишечника.

Установление точного диагноза чрезвычайно сложно, требует большого опыта врача и огромного количества исследований для исключения явных заболеваний со структурными изменениями.

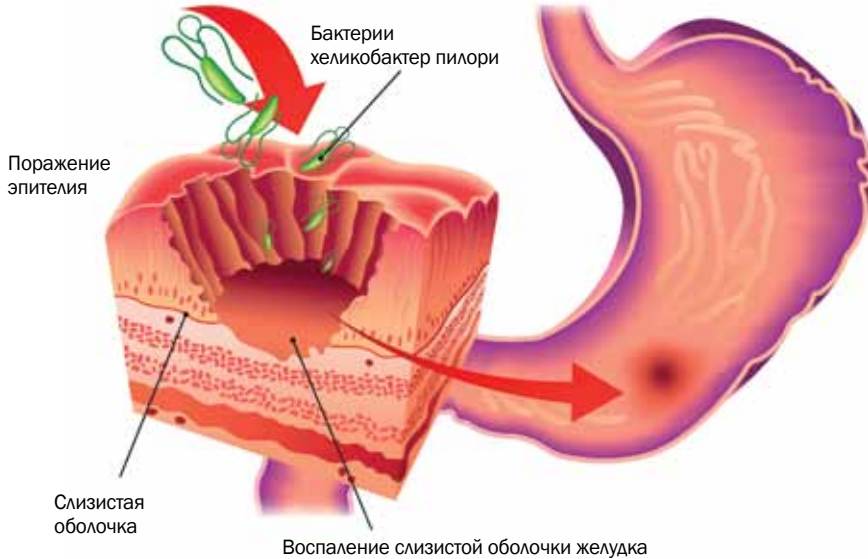
ГАСТРИТЫ

Гастрит — воспаление слизистой оболочки желудка, занимает первое место по частоте среди заболеваний пищеварительной системы. Практически у каждого человека хоть один раз в жизни был приступ гастрита. Различают **острый и хронический** гастриты.

Причиной острого гастрита чаще всего является употребление в пищу недоброкачественных продуктов, раздражающее действие некоторых лекарств или химических веществ, пищевая аллергия и так далее. Может возникать при острых инфекциях, тяжелых радиационных поражениях, в том числе лучевой терапии.

Заболевание обычно начинается бурно: появляются головная боль, небольшое повышение температуры тела, общее недомогание, а также тошнота, рвота, боль в подложечной области.

РАЗВИТИЕ ГАСТРИТА, ВЫЗВАННОЕ БАКТЕРИЕЙ ХЕЛИКОБАКТЕР ПИЛОРИ



Чаще всего острый гастрит длится 2–3 дня и заканчивается полным выздоровлением. Однако при неправильном лечении может переходить в хронический.

Лечение заключается в промывании желудка. После промывания желудка следует прополоскать рот и выпить несколько глотков горячего крепкого чая.

Кроме того, можно принять внутрь активированный уголь, препараты, снимающие спазмы (но-шпа, папаверин — лучше в виде растворов), отвары противовоспалительных трав (тысячелистник, подорожник). После стихания острых симптомов

неплохо поголодать на воде и отварах указанных трав в течение 1–2 суток, а затем побыть на щадящей диете на протяжении 5–7 дней (см. «Питание при заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки»).

Хронический гастрит — хронически прогрессирующее заболевание, характеризующееся повреждением слизистой оболочки желудка и желез, вырабатывающих соляную кислоту, пепсин, слизь, а также ухудшением процессов регенерации клеток слизистой. Это влечет за собой нарушения функции желудка, которые могут быть 2 видов:

- повышение уровня соляной кислоты (хронический гастрит с повышенной секрецией — неатрофический)
- понижение уровня соляной кислоты (хронический гастрит с пониженной секрецией — атрофический)



При подозрении на желудочное кровотечение, инфаркт миокарда или при наличии сердечной недостаточности и высокого артериального давления промывать желудок нельзя.

При тяжелом течении гастрита, особенно у детей, сопровождающемся неукротимой рвотой, обезвоживанием (сухость во рту, вязкая клейкая слюна, запавшие глаза) и / или высокой (до 38 °C и более) температурой, нарушением сознания, необходимо срочно вызвать «скорую помощь».

Основной причиной (90 %) хронического гастрита являются особые кислотоустойчивые бактерии — хеликобактер пилори, способные жить в условиях очень кислой среды желудка. Одной из причин могут быть иммунные нарушения — выработка антител к клеткам слизистой оболочки желудка.

При хроническом гастрите с повышенной секрецией больных беспокоят боли в желудке, возникающие натощак, иногда по ночам, а также изжога, отрыжка кислым, склонность к запорам. Кроме того, воспалительный процесс может перекинуться на поджелудочную железу, двенадцатиперстную кишку или желчевыводящие пути. Этот вид гастрита считается предъязвенным состоянием, и принципы лечения его такие же, что и язвен-

ной болезни. Хороший вспомогательный эффект при хроническом гастрите с нормальной или повышенной секрецией желудка дают маломинерализованные лечебно-столовые воды («Боржоми», «Смирновская», «Славяновская») без углекислого газа. Принимать теплыми по 100 миллилитров 3 раза в день в начале курса, доводя постепенно дозу до 200–250 миллилитров. Воду пьют большими глотками, быстро (1–2 минуты) за 1–1,5 часа до еды. При возникновении изжоги или отрыжки



Немецкие ученые создали миниатюрную камеру с датчиком, позволяющим заменить толстые волоконно-оптические волокна на тонкий электропровод. Это позволяет не только свести к минимуму раздражение пищевода и других отделов ЖКТ, но и существенно удешевить эндоскопы, сделав их одноразовыми.

Эндоскоп.

Эндоскоп состоит из окуляра и гибкой трубки, на конце которой укреплена видеокамера со встроенной осветительной системой.

Гибкая трубка

Слизистая оболочка желудка

Язва желудка.

Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки иногда, но редко заживают самопроизвольно. Однако чаще, при отсутствии лечения, они могут прогрессировать вплоть до прободения стенки в брюшную полость или в соседний орган.

Симптомы:

боль в подложечной области или в правом подреберье, изжога, рвота кровью, темный стул.

Лечение:

антибиотики для ликвидации хеликобактерной инфекции, препараты, снижающие повышенную кислотность.

Профилактика:

воздержание от алкоголя и нестероидных противовоспалительных препаратов.

Любой эндоскоп содержит осветительную и наблюдательную системы:

- осветительное устройство эндоскопа включает, помимо других необходимых элементов, источник света и предназначен для освещения наблюдаемого объекта. Для передачи света от внешнего источника к светопроводящей системе эндоскопа используется световодный кабель, состоящий из волоконного световода в эластичной оболочке;
- наблюдательная система эндоскопа (видеокамера) предназначена для съемки изображения и передачи его проводящему исследованию врачу

после еды дополнительно выпивают 50 миллилитров воды. С возрастом этот вид гастрита в связи с постепенной атрофией желудочных желез и снижением их секреции часто переходит в гастрит с пониженной секрецией.

При хроническом гастрите с пониженной секрецией отмечается чувство переполнения желудка, тяжесть и давление в подложечной области после приема пищи, тошнота, отрыжка, иногда вздутие и урчание в животе, поносы. Острые боли не характерны, чаще всего наблюдается тупая, ноющая боль сразу после еды, усиливающаяся в вертикальном положении, особенно при ходьбе. Боль обычно проходит через некоторое время после освобождения желудка от пищи. Этот вид гастрита при отсутствии лечения может переходить в рак желудка, и ему часто сопутствует анемия.

Для диагностики гастрита используют следующие методы:

Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) относится к эндоскопическим методам исследования (осмотр внутренних органов с помощью эндоскопов), при котором осматривается верхние отделы желудочно-кишечного тракта: пищевод, желудок и двенадцатиперстная кишка.

Эндоскоп (длинную тонкую гибкую трубку с объективом на конце) осторожно вводят в пищевод и опускают в желудок и при необходимости в двенадцатиперстную кишку. В современных видеогастроскопах детальное, четкое изображение с прибора передается на экран телевизора. Гастроскопия помогает поставить правильный диагноз при многих состояниях, в их числе боль в области желудка, кровотечение, язва, опухоли, затрудненное глотание и многих других.



Израильские ученые из Тель-Авивского университета создали управляемую с помощью магнитно-резонансного томографа микровидеокамеру, которая заменит эндоскопические трубки и позволит обследовать пищеварительный тракт изнутри без неприятных ощущений, присущих применению фиброгастроскопа.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) — широко распространенный способ диагностики заболеваний внутренних органов с помощью ультразвуковых волн — механических высокочастотных колебаний с короткой длиной волны.

Исследование проводится с помощью звуковых волн, которые образуются на специальном источнике внутри ультразвукового аппарата. Ультразвуковые колебания, не ощутимые для тела и не улавливаемые слухом, проникают внутрь исследуемой области. В зависимости от плотности различные органы и образования по-разному сопротивляются проникновению ультразвука. Часть колебаний отражается обратно и улавливается специальным УЗ-датчиком.

Далее происходит автоматическая обработка полученного сигнала на компьютере, после чего у исследователя перед глазами формируется изображение органа. Современные УЗ-аппараты предоставляют возможность изучать изображение органа в трехмерном режиме, когда картинка, получаемая при исследовании, выглядит более привычно и естественно.

В настоящее время ультразвуковая диагностика применяется повсеместно. Этот вид исследования обладает наименьшим влиянием на организм, поэтому разрешен к применению при беременности, у детей, пожилых людей и тяжелых больных.



- общий анализ крови для выявления воспаления
- фиброгастроскопию (осмотр слизистой оболочки желудка с помощью фиброгастроскопа) с биопсией (отбор кусочка слизистой оболочки желудка для исследования)
- микробиологическое исследование на хеликобактер
- ультразвуковое исследование (УЗИ)
- pH-метрию (кислотность желудочного содержимого), в том числе суточную
- определение переваривающей активности содержимого желудка
- исследование содержания в крови маркеров атрофии (пепсиногена I, пепсиногена II и гастрин-17)
- определение антител к внутреннему фактору Кастла в крови

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Язвенная болезнь — хроническое заболевание, характеризующееся образованием язвенных дефектов слизистой оболочки, протекающее с сезонными, весенне-осенними, обострениями.

В среднем от 7 до 10 % взрослого населения страдают этим заболеванием, причем язвенная

Характерны боли под ложечкой: при язве кардиального (входного) отдела, язве тела и дна желудка — по центру, при язве нижнего (выходного) отдела желудка — справа, при язвах двенадцатиперстной кишки — слева. Кроме того, беспокоят изжога, отрыжка и нередко рвота кислым, повышенная утомляемость, слабость, потливость, сердцебиение, дрожание рук.

Боли в период обострения наблюдаются ежедневно, возникают натощак (чаще при язве в двенадцатиперстной кишке), а после приема пищи могут исчезать, появляясь вновь через 0,5–1 час при язве желудка или через 1,5–2,5 часа при язве двенадцатиперстной кишки. Нередки ночные боли. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки часто сопровождается запорами.

МЕСТА РАСПОЛОЖЕНИЯ ЯЗВ



болезнь двенадцатиперстной кишки встречается в 4 раза чаще, чем желудка. Язвы разного размера (менее 0,5 и более 3 сантиметров) могут располагаться в различных отделах желудка и двенадцатиперстной кишки, быть одиночными и множественными. Сама язвенная болезнь может быть острой (при первом возникновении) или хронической (с повторными обострениями).

Язвенная болезнь возникает при нарушении равновесия между агрессивным желудочным содержимым и элементами защиты слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. С одной стороны, увеличивается выработка соляной кислоты и пепсина, с другой — нарушаются двигательная активность, слизеобразование, процессы восстановления слизистой оболочки, уменьшается выделение бикарбонатов (щелочных солей), ухудшается кровоснабжение слизистой и так далее. Обычно наблюдается повышенная секреция желудочных желез с увеличением кислотности желудочного сока, хотя язвенная болезнь желудка, особенно у пожилых людей, может протекать со снижением секреции.

Если еще недавно основное значение в развитии язвенной болезни отводилось агрессивной роли избытка соляной кислоты в желудочном соке, то теперь к этой причине прибавилась другая — инфекция, вызываемая хеликобактером. Было доказано, что хеликобактерная инфекция обуслов-

ливают болезнь у 85–90 % язвенников. Остальные приобретают язву или в результате длительного приема противовоспалительных и обезболивающих средств, или вследствие других, довольно редких, причин.

Таким образом, в настоящее время доказано, что инфекция и другие причины снижают устойчивость слизистой оболочки пищеварительного тракта к соляной кислоте, избыток которой сам по себе причиной язвы не является.

Бактерия, называемая хеликобактер пилори, где «пилори» обозначает «привратниковый», обитает в привратниковом отделе желудка, откуда может распространяться и в другие выше- и нижележащие отделы. Может она находиться и в полости рта, на посуде и других предметах обихода. Поэтому заразиться хеликобактером можно так же, как и любой инфекцией, в том числе и через грязные руки. Авторы этого открытия доктора Барри Маршал и Робин Уоррен получили престижную Нобелевскую премию в области медицины в 2005 году. Все это позволило создать принципиально новые технологии диагностики и лечения язвенной болезни.

При отсутствии лечения язва может поражать и другие оболочки вплоть до соединительнотканной, что приводит к ее прободению: либо к перфорации (отверстие в свободную брюшную полость), либо к пенетрации (проникновению язвы в соседние органы).

Перфорация язвы — одно из наиболее опасных осложнений язвенной болезни, требующее немедленного хирургического вмешательства. Характеризуется внезапно возникающими, очень сильными («кинжальными») болями, которые сопровождаются резким ухудшением состояния, снижением артериального давления, бледностью, похолоданием конечностей, появлением испарины; возможно развитие шока. Опасна развитием перитонита (воспаления брюшины).



Уже в 1996 году ученые пришли к выводу, что при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки после успешного уничтожения хеликобактера рецидивы при длительном наблюдении наступают в 6 % случаев по сравнению с 67 % у больных, у которых микроб оставался, а при язвенной болезни желудка — в 4 % случаев против 59 %. Причем очень часто рецидивы бывают связаны с повторным заражением хеликобактером.

Для пенетрации язвы свойственно изменение характера болей, которые становятся постоянными и без прежней связи с приемом пищи. Одним из осложнений язвенной болезни является кровотечение. Необходимо срочно обратиться за медицинской помощью.

Язвенная болезнь может также осложняться стенозом привратника (сужение выхода из желудка в двенадцатиперстную кишку), который развивается в результате рубцевания язв, расположенных в пилорическом канале или начальном отделе двенадцатиперстной кишки, а также у больных, перенесших операцию ушивания прободной язвы этой области. Характерны частые рвоты, тошнота и боли в области желудка, «бульканье» (плеск) в животе. Прогрессирование стеноза приводит к истощению больных, тяжелым нарушениям водно-солевого обмена. Все это требует особого подхода к питанию таких больных на начальных стадиях заболевания. При далеко зашедшем стенозе привратника необходимо хирургическое вмешательство.



ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Для диагностики язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки применяют те же методы, что и при гастрите, добавив к ним анализ кала на скрытую кровь, а также исследования состояния двенадцатиперстной кишки (дуоденальное зондирование, фиброгастроудоденоскопия).

Основным средством лечения язвенной болезни стали антибиотики, но, как оказалось, они малоэффективны в кислой среде желудка. Поэтому одновременно необходимо использовать и средства, подавляющие секрецию соляной кислоты. Правильно проведенное лечение позволяет вылечить язву за 2–3 недели и, что самое главное, предупредить такие серьезные осложнения, как кровотечение и прободение язвы.

Для лечения обычно используют различные схемы в зависимости от особенностей заболевания у конкретного пациента на усмотрение лечащего врача. Вместе с тем противомикробное лечение больных язвенной болезнью является обязательным, так же как и практически всегда используются так называемые ингибиторы протонной помпы.

Для удобства пациентов созданы комбинированные наборы, содержащие в одной ячейке 3 основных препарата, рассчитанных на 1 день лечения.

Современные лекарственные препараты (антибиотики, средства, снижающие желудочную секрецию, нейтрализующие желудочный сок, обволакивающие слизистую оболочку, и другие) позволяют довольно быстро вылечить заболевание. Однако их применение часто вызывает различные побочные эффекты, о которых необходимо знать и которые надо по возможности предупредить.

Так, например, прием антибиотиков способствует развитию дисбактериоза, недостаточности витаминов группы В, аллергии, для предупре-



Недавними исследованиями установлено, что ингибиторы протонной помпы (ИПП) могут на 50 % увеличивать риск переломов шейки бедра у курящих женщин. Это не значит, что нужно отказываться от приема ИПП, если в этом есть необходимость, но эти результаты говорят о том, что существует еще одна причина, чтобы бросить курить. Кроме того, рекомендуется использовать ИПП только для краткосрочных курсов (1–2 месяца) с повторением курсов с более низкой дозировкой.



ждения которых необходимо принимать поливитамины, препараты молочнокислых бактерий и регулярно использовать в питании кисломолочные продукты, овощи и фрукты. Используемые для снижения кислотности препараты снижают количество и активность пепсина, что нарушает переваривание белков в желудке. Средства, подавляющие секрецию соляной кислоты, могут вызывать нарушение аппетита и поносы. Напротив, лекарства защитного и ускоряющего заживление слизистой оболочки действия вызывают задержку стула и запоры. Все это требует коррекции питания больных при использовании указанных препаратов.

Наряду с питанием в качестве дополнительных лечебных мероприятий, а также для профилактики обострений язвенной болезни можно использовать лекарственные растения и соответствующие упражнения лечебной физкультуры.

ДУОДЕНИТ

Это воспаление слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки, в основном хроническое, протекающее с нарушением структуры желез, атрофическими и другими изменениями в них.

Выделяют острый и хронический дуоденит, причем последний может быть как первичным (самостоятельное заболевание), так и вторичным (сопутствует другим заболеваниям или осложняет их). В зависимости от глубины поражения дуоденит может быть поверхностным, выраженным, атрофическим или некротическим, а по эндоскопической картине эритематозным, геморрагическим, атрофическим, эрозивным, узелковым. При этом если воспалительный процесс расположен в луковице двенадцатиперстной кишки, то заболевание называют бульбитом.

ПРИЧИНЫ ДУОДЕНИТА

Основными факторами, способствующими развитию **первичного** дуоденита, являются нерегулярное питание, частое употребление крепких алкогольных напитков, избыточного количества жиров, а также курение.

Вторичный хронический дуоденит обычно сопутствует большинству воспалительных заболеваний органов пищеварения (хроническим гастритам, гепатитам, панкреатитам, холециститам), язвенной болезни двенадцатиперстной кишки,

реже может иметь место при аллергических заболеваниях, болезнях легких и сердечно-сосудистой системы, заболеваниях почек. Тесно связан с хеликобактерной инфекцией.

Симптомы хронического дуоденита сходны с таковыми при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки:

- боли в правом подреберье, чаще ноющего, реже схваткообразного характера, возникающие через 1–2 часа после еды, уменьшающиеся или исчезающие после приема пищи и препаратов, снижающих кислотность. Боли могут располагаться и в центре под ложечкой, отдавать в правую подлопаточную область, реже в спину, левое подреберье или быть опоясывающими;
- расстройства пищеварения, проявляющиеся чувством тяжести, распираania под ложечкой, тошнотой. Возможно забрасывание содержимого двенадцатиперстной кишки в пищевод (рефлюкс), характеризующееся горечью во рту, отрыжкой горьким, изжогой, рвотой. Может провоцироваться приемом жирной и жареной пищи;
- выраженная слабость, потливость, сердцебиение, дрожание рук через 2–3 часа после приема пищи при обострении хронического дуоденита.

Следует отметить, что при преимущественном поражении верхних отделов (бульбит) симптомы больше сходны с таковыми при язвенной болезни желудка, а при воспалении нижних отделов двенадцатиперстной кишки бывают похожи на проявления панкреатита или холецистита.

Диагностика и лечение сходны с таковыми при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Кроме того, необходимо выявление и лечение сопутствующих заболеваний. Что касается острого дуоденита, то, аналогично острому гастриту, необходимо соблюдение щадящей диеты, 1–2-дневное голодание и соответствующая фитотерапия; обычно полностью его излечивают через 5–7 дней.

Профилактика дуоденита включает своевременное выявление и лечение заболеваний органов пищеварения, здоровое питание, отказ от курения и ограничение алкогольных напитков. Для предупреждения обострений при хроническом дуодените необходимо регулярное наблюдение и обследование больных.

ПИТАНИЕ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ БОЛЕЗНЕЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ

Питание имеет огромное значение не только в лечении заболеваний и предупреждении их обострения, но и в профилактике их возникновения у здоровых людей. Лечебное питание существенно отличается в зависимости от пораженного органа, вида и стадии болезни. За последние годы появилось множество эффективных лекарственных средств, позволяющих быстро снять острые проявления и вылечить многие болезни органов пищеварения. Поэтому строгие, жесткие диетологические ограничения при этих заболеваниях сменились более мягкими, а акцент в питании сместился в сторону профилактики побочных эффектов лекарственного лечения.

ПИТАНИЕ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ И ГЛОТКИ

При стоматите и фарингите следует избегать раздражения полости рта и глотки крепкими алкогольными напитками, острой и соленой пищей, горячими и кислыми продуктами, сухими блюдами, принимать пищу небольшими порциями и часто. При сильных болях перед едой обрабатывать слизистую полости рта обезболивающими средствами.

В питании до полного выздоровления надо использовать мягкую, хорошо протертую пищу комнатной температуры:

- в остром периоде — специализированные диетические концентраты, готовые консервы для детского питания, творог, некислые желе, тертые неострые сыры, взбитые сливки;
- после стихания острых проявлений — супы-пюре и крема с минимальным количеством соли и без перца; паровые, тушеные, вареные вторые блюда из рубленого мяса и птицы, суфле, пудинги, пюре; нейтральные соки типа абрикосового и грушевого.

Блюда и напитки должны быть комнатной температуры. Рекомендуется сливочное и молочное мороженое без добавок и шоколада, до 2 литров различных напитков в день. Для укрепления слизистой оболочки необходимо обогащать питание поливитаминными препаратами, содержащими витамины группы В в пределах суточной нормы.

ПИТАНИЕ ПРИ БОЛЕЗНЯХ ПИЩЕВОДА

В питании при эзофагите необходим частый прием пищи. Диета должна быть щадящей и состоять из теплых, полужидких блюд (слизистых супов, паровых суфле и пюре из мяса, кури и рыбы, омлетов, каш и киселей, молока), без хлеба и мучных изделий, овощей, острых соусов и пряностей, жареных и любых цельнокусковых блюд. Запрещается как горячая, так и холодная пища, кофе, алкоголь. Рекомендуются профилактические дозы витаминов С, А и группы В.

Для профилактики обострений ГЭРБ необходимо принимать пищу стоя, небольшими порциями, 6–7 раз в день, с интервалами 5–10 минут между блюдами. После приема пищи вертикальное положение не менее 1 часа, избегать глубоких и резких наклонов туловища вперед, не пить в промежутках между едой. Последний прием пищи не позже чем за 2–3 часа до ночного сна и без ночных перекусов. При ожирении надо похудеть, так как повышенное внутрибрюшное давление способствует забросу желудочного содержимого в пищевод. Для снижения массы тела калорийность питания следует снижать за счет жирных продуктов. Иногда эффективно принимать перед едой чайную ложку рафинированного растительного масла. Эти рекомендации по режиму питания имеют большее значение в питании при ГЭРБ, чем ограничения продуктового набора самой диеты.



Ограничить или полностью исключить в острый период ГЭРБ:

- кислые и острые продукты, черный кофе и шоколад
- продукты и блюда с большим содержанием жира
- продукты, усиливающие газообразование (бобовые, капуста и др.)
- продукты и блюда, повышающие секрецию желудочного сока (квашенные и соленые овощи, крепкие бульоны, жареные и др.)
- любые алкогольные напитки, а также безалкогольные газированные напитки

В связи с тем, что негативное влияние указанных продуктов при ГЭРБ очень индивидуально, каждый больной ГЭРБ должен сам определить связь изжоги и других симптомов с употреблением конкретных продуктов и блюд.

При ахалазии кардии режим питания сходен с таковым при ГЭРБ, но с некоторыми послаблениями. Прием пищи небольшими порциями, но часто (5–6 раз в день), тщательно пережевывая; можно сидеть, но ни в коем случае не ложиться сразу после еды. Горизонтального положения тела следует избегать и во время сна, так как пища может задерживаться в пищеводе до нескольких часов, а верхний пищеводный сфинктер во время сна расслабляется, что создает опасность попадания пищи в гортань и бронхи. Объем пищи на 1 прием должен быть не-

большим, так как переедание приводит к ухудшению состояния больного. Рекомендуется 5–6-разовый режим питания. Принимать пищу необходимо медленно, тщательно пережевывая, причем она не должна быть слишком холодной или горячей. Особых ограничений в отношении употребляемых пищевых продуктов нет, но из рациона питания следует исключить те продукты, которые усиливают нарушения глотания у конкретного больного.

ПИТАНИЕ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

При лечении ФД диетотерапия имеет вспомогательное значение, способствуя уменьшению проявлений отдельных симптомов. Поэтому в питании каждого больного необходимо учитывать особенности симптоматики и течения ФД.

Вместе с тем есть и общие рекомендации для людей, страдающих этим заболеванием:

- по содержанию пищевых веществ и энергии, а также набору продуктов рацион должен соответствовать питанию здорового человека
- не допускать переедания в связи с повышенной чувствительностью слизистой оболочки желудка к растяжению
- избегать питания всухомятку в связи с тем, что твердая пища дольше задерживается в желудке
- частое, небольшими порциями питание с ограничением или исключением жирной и трудно перевариваемой пищи
- индивидуализация питания с учетом влияния отдельных продуктов и блюд на симптомы ФД у конкретного человека.

Не выявлена прямая связь ФД с употреблением алкогольных напитков или кофе, но отказ от них может сгладить некоторые проявления болезни.



При остром гастрите полезно голодание в течение 1–1,5 дней на воде или слабых настоях трав, причем пить надо много и каждый час, не спеша, мелкими глотками выпивать около 1 стакана, чтобы вывести токсины и восполнить жидкость, теряемую при рвоте. При многократных рвотах для восполнения потерь минеральных веществ рекомендуется специальный порошок, содержащий соли калия и натрия. Если его нет, можно заменить поваренной солью (1 ч. л. на стакан воды) и жидкостью от компота, сваренного из богатых калием сухофруктов (изюм, курага, чернослив); в крайнем случае использовать отвар из натертых на крупной терке картофеля или моркови. Максимум через 1,5 дня надо начинать понемногу есть, даже если нет аппетита, жидкую рисовую или овсяную кашу на воде и некрепкий чай с несдобным сухарем, сушкой или просто подсушенным в духовке пшеничным хлебом. Затем присоединить несладкие кисломолочные продукты, вареные овощи в виде пюре, отварные и нежирные мясо и рыбу, а с 3-го дня — соблюдение щадящей диеты, используемой при обострении хронического гастрита, которой надо

придерживаться на протяжении 3–7 дней в зависимости от выраженности симптомов болезни.

С современных позиций при **хроническом гастрите (ХГ)** вне периода обострения и при отсутствии каких-либо явных проявлений болезни требуется не диета, а соблюдение принципов здорового питания с достаточным потреблением всех незаменимых пищевых веществ — белка, витаминов, минералов. При этом важнее придерживаться постоянного 4–5-разового режима питания, а не жесткой диеты, бесполезность которой в спокойном периоде ХГ уже давно доказана. Тем не менее из рациона следует исключать продукты и блюда, плохо переносимые конкретным больным.

При обострении ХГ лечебное питание, которое зависит от вида гастрита и стадии болезни, позволяет существенно облегчить состояние больного и ускорить выздоровление.

При обострении ХГ с нормальной или повышенной секрецией желудка применяют диету с механическим и химическим (углекислый газ, органические кислоты) щажением, то есть исключают жареные, тушеные и запеченные блюда, мясные, рыбные и грибные бульоны и соусы, крепкие отвары овощей, острые и соленые закуски, квашеные и маринованные овощи и плоды, копчености, богатые пищевыми волокнами и соединительной тканью продукты, пряности и пряные овощи, кислые плоды, газированные напитки, кофе, мороженое.

Рекомендуется использовать продукты и блюда, которые слабо возбуждают секрецию и относительно быстро покидают желудок — молочные, протертые овощные и мясные блюда, паровые омлеты, полувязкие каши, пшеничный вчерашний или подсушенный хлеб. Блюда подаются в пюре- и кашцеобразном виде 5–6 раз в сутки. Всю пищу отваривают в воде или на пару. После стихания острых проявлений постепенно уменьшают механические и химические ограничения, а после излечения переходят на здоровое питание.

Чем раньше происходит переход на обычную кусковую пищу, тем лучше. Это объясняется тем, что при ХГ с повышенной секрецией желудочного сока часто возникают запоры, которым как раз и способствует механически щадящая диета. Кроме того, при использовании излишне измельченной пищи частично выпадает первая фаза пищеварения, связанная с пережевыванием и обработкой пищи ферментами слюны, что ухудшает ее дальнейшее переваривание.



ПРИМЕРНОЕ МЕНЮ ДИЕТЫ (ПРОТЕРТЫЙ ВАРИАНТ)

Первый завтрак: яйцо всмятку, каша рисовая молочная вязкая, чай с молоком.

Второй завтрак: яблоко печеное с сахаром.

Обед: суп овсяный молочный, фрикадельки мясные паровые с морковным пюре, мусс фруктовый.

Полдник: отвар шиповника, сухарики.

Ужин: рыба отварная, запеченная под молочным соусом, картофельное пюре, чай с молоком.

На ночь: молоко, сливки или некислый йогурт, ацидофилин.

СУП ОВСЯНЫЙ (ИЗ ГЕРКУЛЕСА) МОЛОЧНЫЙ

Молоко — 800 мл, овсяная крупа — 80 г, вода — 200, сахар — 10 г, масло сливочное — 15 г

Овсяную крупу положить в кипящее молоко с водой и варить на слабом огне 30 мин. Заправить сахаром и подать с кусочком масла.



ФРИКАДЕЛЬКИ МЯСНЫЕ ПАРОВЫЕ

Мясо говяжье — 240 г, белый хлеб — 50 г, масло сливочное — 25 г

Мякоть говядины обработать и приготовить так же, как для котлет. Разделить массу на мелкие шарики диаметром 2 см, положить в смазанную маслом плоскую посуду, влить немного воды и под крышкой припустить до готовности (можно сварить в пароварке). Готовые (всплывшие) фрикадельки вынуть шумовкой из воды, измельчить, полить маслом, молочным или сметанным соусом. Можно подать к столу с подходящим по диете морковным пюре.



РЫБА ОТВАРНАЯ

Филе свежей или мороженой рыбы — 120 г, масло сливочное — 30 г, желтки — 1/2 шт., коренья — 15 г

Филе свежей или мороженой рыбы нарезать на порции и вместе с кореньями припустить под крышкой в течение 10 мин. Измельчить в блендере. На гарнир дать картофельное пюре, посыпанное зеленью.



Подобную диету, но без механического щажения рекомендуют на последнем этапе лечения обострения болезни или с первых дней обострения при невыраженном, вялом течении. Пищу отваривают, но не протирают: мясо и рыба куском, каши рассыпчатые, овощи и фрукты целиком.

После выздоровления используется обычное питание без механического и химического щажения желудка. Ограничиваются только жирные сорта мяса и птицы, мясные и кулинарные жиры, пережаренные блюда, копчености, грибы, источники грубой клетчатки и другие трудноперевариваемые и длительно задерживающиеся в желудке продукты и блюда. Обязателен строгий по соблюдению времени приема 4–5-разовый режим питания с исключением обильных приемов пищи.



Если тому или иному виду хронического гастрита сопутствуют заболевания кишечника, поджелудочной железы или печени, то диета строится прежде всего на принципах лечебного питания при болезнях этих органов.

ПРИМЕРНОЕ МЕНЮ ДИЕТЫ (НЕПРОТЕРТЫЙ ВАРИАНТ)

Первый завтрак: яйцо всмятку, каша гречневая рассыпчатая, чай с молоком.

Второй завтрак: творог свежий некислый, отвар шиповника.

Обед: суп картофельный вегетарианский, мясо отварное, запеченное под соусом бешамель, морковь отварная, компот из разваренных сухофруктов.

Полдник: отвар пшеничных отрубей с сахаром и сухарики.

Ужин: рыба отварная, запеченная под молочным соусом, рулет морковно-яблочный, чай с молоком.

На ночь: молоко, сливки или некислые кефир, ацидофилин, йогурт.



ПИТАНИЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ С ПОВЫШЕННОЙ СЕКРЕЦИЕЙ ЖЕЛУДКА ВНЕ СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ

Несколько простых рецептов вкусных блюд, полезных людям, страдающим хроническим гастритом с нормальной или повышенной секрецией желудка вне стадии обострения

РУЛЕТ КАРТОФЕЛЬНЫЙ С ЦВЕТНОЙ КАПУСТОЙ

Картофель — 350 г, яйца — $\frac{1}{2}$ шт., мука — 10 г, масло сливочное — 5 г, сметана — 10 г, сухари — 6 г; для фарша: капуста цветная — 100 г, яйца — $\frac{1}{2}$ шт., молоко — 30, масло сливочное — 5 г, зелень петрушки — 6 г

Картофель очистить, отварить и приготовить картофельную массу, как для котлет. Цветную капусту разобрать на кочешки, отварить в небольшом количестве воды и молока, отцедить, мелко порезать. Из молока и яйца приготовить паровой омлет, нарезать кусочками и смешать с капустой, добавив нарезанную зелень петрушки и масло. Картофельную массу разложить пластом на салфетке, сверху положить приготовленный фарш, завернуть края, сформовать рулет, смазать сметаной с яйцом, посыпать сухарями и запечь в горячей духовке до появления золотистой корочки. Немного охладить, нарезать на порции и подавать с маслом или сметанным соусом. Рулет можно приготовить с набором других, подходящих для диеты овощей.



ИНДЕЙКА, ТУШЕННАЯ С КУРАГОЙ И ЧЕРНОСЛИВОМ

Филе нежирной индейки — 500 г, курага и чернослив — по 150 г, оливковое масло — 2 ст. л., сливки — 1 стакан, соль по вкусу

Филе индейки нарезать небольшими кусочками, курагу и чернослив — соломкой. Обжарить мясо на оливковом масле, посолить, добавить курагу и чернослив, влить сливки и, закрыв крышкой, тушить на среднем огне около 45 минут.



ТВОРОЖНАЯ ЗАПЕКАНКА С МОРКОВЬЮ

Творог — 300 г, манная крупа — 30 г, яйца — $\frac{1}{2}$ шт., сахар — 40 г, морковь — 100 г, масло сливочное — 10 г, молоко — 100 мл, ванилин по вкусу

Морковь очистить и натереть на крупной терке, тушить с молоком и маслом до мягкости. Вилкой или толкушкой немного размять, смешать с протертым творогом, яйцами, сахаром, манной крупой, добавить ванилин. Массу хорошо вымешать, выложить на смазанную маслом сковороду и запечь в горячей духовке. Подавать со сметаной.



ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА С ПОНИЖЕННОЙ СЕКРЕЦИЕЙ ЖЕЛУДКА

Для питания при обострении ХГ с пониженной секрецией желудка используется диета с механическим щажением желудка, но с умеренной химической стимуляцией желудочных желез пищевыми раздражителями. Чрезвычайно важны условия приема пищи: спокойная обстановка, красиво сервированный стол, приятные запахи — все это способствует выделению так называемого запального желудочного сока и улучшает переваривание пищи.

Разрешены блюда разной степени измельчения и тепловой обработки: отварные, тушеные, запеченные, жареные без образования грубой корочки, протертые блюда из продуктов, богатых соединительной тканью и клетчаткой. В рацион включают супы на некрепких, обезжиренных мясных и рыбных бульонах, отварах из овощей и грибов, при переносимости — борщ, щи из свежей капусты, свекольник с мелко нашинкованными овощами, закуски из вымоченной сельди, форшмак из нее, салат из свежих помидоров, студни, неострый сыр, ветчина без жира, икра осетровая и кетовая, мелко нашинкованная зелень, пряные овощи и, умеренно, пряности.

МОРКОВНОЕ ПЮРЕ

Морковь — 300 г, сахар — 10 г, масло сливочное — 10 г, соус молочный — 100 мл

Очищенную морковь нарезать кусочками, влить немного воды, положить масло и тушить под крышкой до мягкости. Если жидкость испарится, а морковь недостаточно мягкая, добавить еще воды. Готовую морковь размять толкушкой или протереть через сито, соединить с молочным соусом и сахаром, хорошо размешать. Пюре можно готовить с заранее намоленной курагой, черносливом, добавить пюре из свежих или печеных яблок.

Из рациона исключают свежий хлеб и мучные изделия из сдобного и слоеного теста, молочные, гороховый и фасолевый супы, окрошку, жирное мясо, утку, гуся, жирную, соленую, копченую рыбу и консервы из нее, яйца вкрутую, редьку, редис, грибы, крыжовник и другие грубые овощи и фрукты, жирные и острые соусы и приправы, виноградный сок, газированные напитки, сало свиное, говяжий, бараний и кулинарные жиры.

ПРИМЕРНОЕ ДНЕВНОЕ МЕНЮ

Завтрак: яйцо всмятку, сыр, каша овсяная молочная, чай.

Обед: бульон мясной с вермишелью, котлеты мясные жареные без панировки с морковным пюре, кисель.

Полдник: отвар шиповника с печеньем.

Ужин: рыба заливная, пудинг из риса с фруктовой подливой, чай.

На ночь: кефир или другие кисломолочные напитки.



КИСЕЛЬ ИЗ ШИПОВНИКА

Плоды шиповника (сушеные) — 20 г, сахар — 40 г, крахмал — 20 г

Плоды шиповника промыть, растолочь, залить горячей водой (400 мл) и варить под крышкой до размягчения (10–15 мин). Протереть через сито, дополнительно процедить для отделения возможных ворсинок. Жидкость соединить с сахаром, довести до кипения, ввести крахмал, разведенный холодной водой или оставшимся отваром, и охладить.

**ФРИКАДЕЛЬКИ РЫБНЫЕ В ЖЕЛЕ**

Окунь или судак — 160 г, хлеб белый — 20 г, молоко — 30 мл, яйца — 1/2 шт., салат — 20 г, петрушка — 5 г, желатин — 6 г, овощной отвар — 140 мл

Мякоть рыбы и замоченный в воде белый хлеб дважды пропустить через мясорубку, соединить с солью и молоком и тщательно перемешать. Фарш разделить на 20 шариков, залить водой и варить до готовности. В овощном отваре растворить замоченный в кипяченой холодной воде желатин, процедить. Четвертую часть желе вылить в формочку, остудить, сверху положить петрушку, кружочек сваренного вкрутую яйца, а также фрикадельки и залить всё оставшимся полужастывшим желе, дать хорошо застыть.

**ПУДИНГ МАННЫЙ**

Крупа манная — 100 г, молоко — 300 мл, яйца — 1 шт., сахар — 20 г, масло сливочное — 30 г

Кашу сварить на молоке, охладить, добавить сахар, желток, осторожно ввести взбитый белок. Массу выложить на смазанную маслом сковороду, запечь в горячей духовке до появления золотистой корочки. Для приготовления парового пудинга варить на водяной бане либо в пароварке. Готовый пудинг при подаче на стол поливают маслом, сметаной или сладким фруктовым соусом.



ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ С ПОНИЖЕННОЙ СЕКРЕЦИЕЙ ЖЕЛУДКА ВНЕ СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ

Приводим несколько простых и вкусных рецептов блюд, полезных людям, страдающим хроническим гастритом с пониженной секрецией желудка вне стадии обострения.

САЛАТ ИЗ КИВИ И АВОКАДО С КРЕВЕТКАМИ

Авокадо спелый — 1 шт., киви — 2 шт., креветки — 100 г, пряные травы по вкусу, лайм или половина лимона, оливковое масло, мед, соль по вкусу

Авокадо очистить, удалить косточку, нарезать кубиками и сбрызнуть соком лайма. Киви очистить, нарезать кубиками. Пряные травы мелко порубить. Оливковое масло смешать с соком лайма, кленовым сиропом, добавить специй и рубленую мяту/мелиссу, всё хорошо взболтать вилкой. В миске смешать киви, авокадо, креветки, орешки, заправить подготовленным соусом салат, переложить в салатницу, украсить дольками лайма и веточками мяты.



ТЕЛЯТИНА С КВАШЕНОЙ КАПУСТОЙ

Телятина — 500 г, квашеная капуста — 700 г, репчатый лук — 1 головка, мясной бульон — ½ стакана, морковь — 1 шт., томатная паста — 4 ст.л., растительное масло — 4 ст. л., лавровый лист — 2 шт., соль, специи по вкусу

Лук мелко нарезать, обжарить в растительном масле до золотистого цвета, добавить нарезанную соломкой морковь, пассировать. Нарезанную на куски среднего размера постную телятину положить в ту же сковороду и жарить, пока мясо не подрумянится. Посолить, добавить лавровый лист, бульон, томатную пасту, а также квашеную капусту, закрыть крышкой и запекать в духовке при температуре 180 °C до готовности.



ФОРШМАК ИЗ СЕЛЬДИ

Крупная сельдь, 0,5 белого батона без корки, 2 яйца, 3 ст. л. оливкового масла, 1 крупное яблоко кислого сорта (антоновское, симиренко), 1 большая луковица, пучок зеленого лука, 2 ст. л. сахарного песка, 2 зерна душистого перца, 1 ст. л. слабого раствора (3%-ного) винного уксуса, немного горчицы

Сельдь разделить, мякоть вымочить в кипяченой воде или чае с молоком, пропустить через мясорубку, добавить лук, размоченный белый хлеб, яблоко и вновь пропустить через мясорубку. Полученную массу перемешать. Яйца сварить вкрутую, отделить белки от желтков, желтки перетереть с уксусом, белки мелко порубить, соединить с селедочной массой, добавить пряности и горчицу. Желтки заправить сахаром, перцем, растительным маслом и обмазать этой смесью сформованный в виде прямоугольника или овала форшмак. Посыпать зеленым луком.



СВЕКОЛЬНИК

4 крупные свеклы, 2 помидора, 2 огурца, 1 яйцо, сметана и соль по вкусу, 50 г зеленого лука, 1 л воды, 2 веточки укропа

Свеклу вымыть, очистить и нашинковать. Помидоры вымыть, обдать кипятком, снять кожицу и протереть через сито. Положить свеклу и томатное пюре в кастрюлю, залить стаканом воды и тушить на среднем огне, понемногу подливая оставшуюся воду (40 мин). Дать остыть. Огурцы, зеленый лук и укроп нашинковать и положить в остывший свекольник. Посолить по вкусу. Сваренное вкрутую яйцо размять вилкой, перемешать со сметаной и добавить в суп. По желанию можно добавить постную отварную говядину, нарезанную тонкой соломкой, белое куриное мясо или нежирную ветчину.



ПИТАНИЕ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Лечебное питание, издавна бывшее основным средством лечения больных язвенной болезнью, в настоящее время отступает на второй план. Важнее обеспечить профилактику осложнений лекарственного лечения с помощью питания.

В настоящее время признано, что достаточно исключить из рациона только ту пищу, которая у конкретного человека вызывает дискомфорт.

Можно рекомендовать перекусы между основными приемами пищи, но следует учитывать, что пища может не только нейтрализовать соляную кислоту, но и стимулировать секреторную активность желудка.

Не рекомендуется поздний ужин или прием пищи на ночь, включая молоко, поскольку они стимулируют продукцию соляной кислоты в ночное время, когда больной спит и не может принять нейтрализующие лекарства. Однако прием новых лекарств, длительно тормозящих секрецию желудка, позволяет смягчить и данное ограничение. Потребление алкоголя, который также способен стимулировать выделение соляной кислоты, следует резко ограничить.

Применение механически и химически щадящих диет рекомендуется лишь при выраженных

проявлениях обострения язвенной болезни, по мере исчезновения которых необходим переход на обычное питание.

Для улучшения аппетита, профилактики запоров, дисбактериоза и других побочных эффектов от применения современных лекарственных препаратов желательнее как можно быстрее переходить от щадящего к обычному здоровому питанию с увеличенным содержанием послабляющих продуктов и блюд (овощи, плоды, крупы и бобовые, богатые клетчаткой) и ограничением продуктов и блюд, замедляющих двигательную функцию и опорожнение кишечника (крепкий чай, отвары из черники и другие блюда, содержащие вяжущие и дубильные вещества, протертые каши, слизистые супы, кисели). Обязательно дополнение рациона поливитаминными препаратами в суточной дозировке каждого компонента.

Индийские медики решили опровергнуть гипотезу о том, что больным язвой двенадцатиперстной кишки острая пища противопоказана. Они ежедневно добавляли 3 грамма измельченного в порошок перца чили в пищу 25 больным. Другие 25 пациентов получали диетическую щадящую пищу. Анализ состояния больных через месяц показал, что слизистая оболочка любителей чили никак не пострадала, а выздоровление у них шло не менее успешно, чем у сидевших на диете.



При язвенной болезни, осложненной кровотечением, больному не дают пищу в течение 1–3 дней. В это время используют парентеральное (внутривенное) питание. После прекращения или значительного уменьшения кровотечения начинают давать жидкую и полужидкую охлажденную пищу по столовой ложке через каждые 1,5–2 часа в объеме, не превышающем 1,5–2 стаканов в день (молоко, сливки, слизистый суп, негустое желе, фруктовые соки, отвар шиповника). Затем количество пищи постепенно увеличивают, добавляя яйца всмятку, мясное и рыбное суфле, сливочное масло, жидкую манную кашу, тщательно протертые плоды и овощи.

Желательно использовать специализированные диетические концентраты. Они предназначены для обычного употребления в виде напитков и для питания через зонд. При их отсутствии можно использовать концентраты детского питания, обогащенные витаминами, минеральными веществами, незаменимыми жирными кислотами (сухие молочные смеси с гречневой, рисовой мукой, толокном, ацидофильные и кисломолочные смеси, соевые смеси). Вслед за концентратами и вместе с ними можно применять и консервы для детского питания, которые изготавливают из высококачественных продуктов в виде хорошо протертой массы: пюре из натуральных овощей,

фруктов, ягод, иногда с добавлением сливок, круп, мяса, печени, рыбы, их сочетаний с овощами или крупами. В дальнейшем постепенно переходят на обычное питание.

ПИТАНИЕ ПРИ СТЕНОЗЕ ПРИВРАТНИКА

Хотя основным методом лечения стеноза привратника является хирургическое вмешательство, но до операции, пока пища еще относительно свободно переходит из желудка в двенадцатиперстную кишку, можно облегчить состояние больного с помощью некоторых диетических рекомендаций. В рационе питания следует ограничить количество углеводов до 200–250 г за счет крахмалосодержащих продуктов (хлеб, каши, картофель) и увеличить содержание белков и жиров для обеспечения необходимой калорийности рациона. Одновременно уменьшают количество жидкости до 0,6–1 литра, сокращая объем напитков и первых блюд до ½ порции и замены киселей и компотов на муссы и желе. Ограничивают объем пищи на 1 прием и сокращают их число до 3–4 раз в день. Ужин не позднее 19 часов.



ПИТАНИЕ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

Резекцию — хирургическое удаление части желудка — производят при язвенной болезни, которая не поддавалась терапевтическому лечению, при перфорации язвы, при длительном желудочно-кишечном кровотечении, выраженном стенозе привратника и другом. Питание непосредственно после операции осуществляется в больнице (сначала внутривенное) и поэтому здесь не приводится.

По мере заживления культи желудка (примерно через 7–10 дней) больного переводят на щадящее протертое питание. При этом ограничивают объем пищи, съедаемой за один прием: не более 250 граммов супа или 1 стакан жидкости, в обед только 2 блюда. Обязательны частые, не менее 5–6 раз в день, приемы пищи. В рационе увеличивают до 90–100 граммов содержание белка и ограничивают до 300–350 граммов количество легкоусвояемых углеводов (сахар, варенье, сладкие напитки, мед). В некоторых случаях необходимо полное исключение содержащих сахар продуктов и блюд (можно использовать заменители сахара). В качестве источника белка применяются блюда из отварного измельченного мяса, отварной рыбы, омлеты из белков яиц, свежий протертый или кальцинированный творог. При плохой переносимости жиров (срыгивание, горечь во рту, понос), особенно в чистом виде, их ограничивают до 60–70 граммов в день. При непереносимости цельного молока его заменяют на кисломолочные продукты или используют в блюдах. Обязательно включение в диету препаратов поливитаминов, железа и других минеральных веществ.

Из питания исключают мясные, рыбные и грибные бульоны, жирные сорта мяса, птицы и рыбы; изделия из сдобного и слоеного теста, очень свежий хлеб, все жареные блюда, копчености, консервы (кроме консервов для детского и диетического питания), соленую рыбу и овощи, острые закуски, сырые непротертые овощи и фрукты.

Через 2–4 месяца после операции при хорошем самочувствии можно постепенно переходить на непротертое щадящее питание, то есть без механического щажения. Следующим шагом является введение в рацион некрепких мясных и рыбных бульонов со снятым жиром, свежих овощей и фруктов, жареных изделий из мяса, рыбы, картофеля.

Через 5–6 месяцев после операции, иногда раньше, при удовлетворительной функции ЖКТ возможен переход на обычное питание с учетом отмеченных особенностей состава рациона и режима питания. При этом чрезвычайно важен самоконтроль за питанием, то есть определение тех продуктов и блюд, которые хорошо или плохо переносятся.

ДЕМПИНГ-СИНДРОМ

После резекции желудка возможно осложнение, сопровождающееся ухудшением пищеварения и усвоения пищи, нарушением обмена веществ, расстройствами сердечно-сосудистой и нервной систем, именуемое демпинг-синдромом, или просто демпингом (от англ. *demping* — «сбрасывание», «выброс»). Демпинг обусловлен быстрым переходом пищи из культи желудка в тонкую кишку, что вызывает слабость, потливость, головокружение, сердцебиение, ощущения жара, озноба, режущие боли в животе и его вздутие, урчание, поносы, отрыжку.

Чаще всего демпинг возникает после употребления в пищу содержащих сахар продуктов, меда, сладких напитков, мороженого, а также свежих мучных изделий, картофеля, бананов, молока, творога, жирных горячих супов. Холодная и горячая пища и ее большое количество за 1 прием часто провоцируют демпинг. Поэтому важен строгий учет всех непереносимых блюд и индивидуальный подбор меню. Вместе с тем нельзя существенно ограничивать себя в любой пище, так как это ведет к истощению, гиповитаминозам, анемии и другим нарушениям.

Для предупреждения демпинга следует использовать щадящее непротертое питание с повышенным содержанием белка до 110–120 граммов (мужчины), 100–110 граммов (женщины), ограничением углеводов 350 и 300 граммов соответственно, в основном за счет сахара (не более 30 граммов вплоть до полного исключения) и хлебобулочных изделий из пшеничной муки 1-го и высшего сорта.



Для снижения скорости выведения пищи из культи желудка рекомендуется:

- приготовление вязких и желеобразных блюд
- раздельный прием плотной и жидкой пищи, начиная с плотной (второго блюда в обед), а жидкую (суп) — через 20–30 минут
- употребление сливочного масла перед приемом углеводной или смешанной пищи
- прием пищи лежа в постели
- при приеме пищи сидя желательно после еды полежать в постели или посидеть полужележа в кресле в течение 30 минут.

Имеются также данные о том, что повышенное содержание пищевых волокон в углеводистой пище замедляет переход в тонкую кишку содержимого культи желудка. Рекомендуется 6-разовый прием пищи в день равномерными порциями. Может оказаться полезным прием жидкости (не сладкой) до или после еды, но не во время еды. Обычно хорошо переносятся специальные диетические концентраты.

Наряду с диетой целесообразно использовать лекарства, которые нормализуют двигательную функцию верхних отделов пищеварительного тракта, а также ферментные препараты (фестал, дигестал, креон, мезим) для улучшения процессов пищеварения. Обязательно дополнять диету поливитаминно-минеральными препаратами.

**ПРИМЕРНОЕ ДНЕВНОЕ МЕНЮ**

Первый завтрак: мясные запеченные котлеты, картофельное пюре, чай с молоком.

Второй завтрак: яйцо всмятку, печеное яблоко, чай.

Обед: бефстроганов из сырого мяса, пюре из отварной моркови и свеклы, суп из сборных овощей на мясном бульоне, фруктовое желе.

Полдник: отвар шиповника, сухари.

Ужин: отварной язык, рисовая молочная каша, чай.

На ночь: кефир.

На весь день: черный хлеб — 100 г; белый зерновой хлеб — 200 г; масло сливочное — 20 г; сахар — 30 г.



ФИТОТЕРАПИЯ И НАРОДНАЯ МЕДИЦИНА ПРИ БОЛЕЗНЯХ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ

Фитотерапия и народная медицина — дополнительное средство лечения болезней верхних отделов желудочно-кишечного тракта. В некоторых случаях они могут существенно ускорить выздоровление, уменьшить дозы сильнодействующих и небезопасных лекарств, предупредить осложнения и сезонные обострения.

Преимуществом растительных средств является широкий спектр их действия в отличие от лекарственных препаратов, влияющих на один из механизмов развития болезни. Слизистые вещества растений — алтей, лен, мальва, мать-и-мачеха, ромашка, фиалка, — защищая внутренние оболочки ЖКТ от внешних раздражителей, снижают боль, убирают спазмы, связывают токсины микробов, избыточную кислоту и так далее.

Противовоспалительные свойства присущи аиру, алоэ, березе, девясилу, зверобою, золототысячнику, календуле, крапиве, лапчатке, льну, лопуху, мяте, одуванчику, подорожнику, ромашке, сушенице, тмину, тысячелистнику, цикорию, чистотелу, шиповнику и многим другим.

Однако неумелое использование лекарственных растений может вместо пользы принести ощутимый вред. Некоторые травы, широко используемые в лечении гастроэнтерологических заболеваний, могут усиливать свертываемость крови (зверобой, крапива), что опасно для людей с такими заболеваниями, как ишемическая болезнь сердца и тромбоз.

Состав используемого сырья зависит от стадии заболевания, от пораженного органа, от применяемых лекарств. Например, если в остром периоде надо защитить воспаленную слизистую оболочку органа от влияния агрессивного содержимого желудка и болезнетворных бактерий, применяются слизиобразующие и противовоспалительные растения, а также растения, снимающие спазмы — мята, мелисса, укроп, фенхель.

По мере стихания острого процесса используют растения, улучшающие процессы заживления: листья земляники и черной смородины, плоды шиповника и предупреждающие развитие осложнений лекарственного лечения антибиотиками, ингибиторами протонной помпы и другими препаратами; при запорах — лист сены, семя льна, крушина, ревень, жостер, душица, корни солодки и девясила; при дисбактериозе — календула, ромашка, тысячелистник.

Фитотерапия не отменяет назначенного врачами лекарственного лечения и диетотерапии, а лишь дополняет их.

Из средств народной медицины наиболее широко при рассматриваемых болезнях используются мед и продукты пчеловодства, облепиха (сок и масло), сок картофеля, сосновые шишки.

Фитотерапию и народные средства следует использовать прежде всего для профилактики обострений. Так, предупреждение обострения хронических гастритов, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки надо проводить в конце февраля и начале марта (весеннее обострение), а также в конце августа и начале сентября (осеннее обострение) курсами по 3–4 недели. Не помешают и короткие курсы фитотерапии 1 раз в квартал и в другие сезоны года. Фитотерапия и народные средства обычно применяются в течение всего периода обострения плюс 10–14 дней после него. Однако если через 5–7 дней после начала приема того или иного сбора эффекта нет, его надо заменить.



ФИТОТЕРАПИЯ ПРИ СТОМАТИТЕ И ФАРИНГИТЕ

В течение 1-го дня можно использовать 1–2 рецепта. Например, полоскание полости рта и глотки за 15–20 минут перед едой одним составом, а после еды — другим. Если через 2–3 дня улучшения не наступает, необходима консультация врача.

Жевать листья алоэ или полоскать рот и глотку свежим соком из листьев алоэ.

Натереть 3 крупных зубчика чеснока и соединить с 2 ч. л. йогурта. Смесь слегка подогреть и держать во рту 2–3 мин, распределяя языком по всем пораженным местам. Не обращая внимания на неизбежное жжение, повторить процедуру несколько раз. Курс лечения — 4–5 дней.

К воспаленным деснам прикладывать сырой картофель, растертый в кашу или нарезанный ломтиками.

Натирать десны каждый день соком тысячелистника.

Полоскать рот и глотку разведенным водой 1 : 1 соком белокочанной капусты.

Залить 2 стаканами кипятка 4 ч. л. измельченных листьев шалфея. Настаивать 30 мин, процедить. Полоскать настоем рот 3–4 раза в день.

Залить стаканом кипятка 1 ст. л. измельченных цветков календулы. Настаивать 20–30 мин, процедить. Полоскать рот и глотку 2 раза в день утром и вечером.

Смешать 2 части порошка коры дуба и 1 часть липового цвета. Залить 1 ч. л. смеси 1 стаканом кипятка, варить в течение 3 мин и процедить после остывания. Полоскать рот и глотку теплым отваром.

Залить 15–20 г цветков ромашки аптечной 1 стаканом горячей воды, настоять. Добавить 4 г борной кислоты. Полоскать полость рта и глотки.



ФИТОТЕРАПИЯ ПРИ ГЭРБ

Применяют растения и сборы, нормализующие желудочную секрецию, защищающие пищевод от повреждающего действия желудочного сока, снимающие изжогу, обладающие противовоспалительными свойствами.

Пожевать 30–40 мин 1 ч. л. зерен ячменя или овса, сглатывая при этом только слюну.

Помогает прием 1 ст. л. мелко измельченных ядер грецких орехов или сладкого миндаля.

1 ч. л. тысячелистника, 1 ч. л. зверобоя, 1 ч. л. подорожника и 3 соцветия ромашки залить 1 стаканом кипятка. Настоять, процедить и принимать по $\frac{1}{3}$ стакана 3 раза в день в промежутках между едой.

От изжоги рекомендуются сборы, в состав которых входят дубровник, горец змеиный, исландский мох, лен, мать-и-мачеха, мята перечная, ятрышник.

При первых симптомах изжоги примите столовую ложку предлагаемой микстуры. Смешать по 1-й части подорожника, алтея, душицы, зверобоя, тмина. Взять 1 ст. л. смеси, залить стаканом воды и кипятить в течение 15 мин. Принимать по 2 ст. л. 3 раза в день за 10–20 мин до еды в течение 10–14 дней.

Принимать 2–3 раза в день по $\frac{1}{2}$ ч. л. измельченной в порошок яичной скорлупы от сваренных вкрутую яиц.

Принимать свежесжатый картофельный сок по $\frac{1}{2}$ стакана 2–3 раза в день за 15–20 мин до еды в течение 10 дней. Через 10 дней повторить курс.

2 ст. л. семян льна залить стаканом кипятка, настоять в течение 30 мин и процедить. Пить по $\frac{1}{2}$ стакана утром и вечером до еды или по $\frac{1}{3}$ стакана 3 раза в день. Продолжительность приема — 3 недели.

ФИТОТЕРАПИЯ ПРОТИВ НЕПРИЯТНОГО ЗАПАХА ИЗО РТА

Неприятный запах изо рта может отравить жизнь не только самому человеку, но и окружающим его людям. Причиной этого может быть заболевание любого из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, однако в первую очередь заболевания желудка: гастриты, язвенная болезнь. Эти заболевания обычно сопровождаются патологией пищевода сфинктера, который может не смыкаться полностью, и сильный запах изо рта обуславливается поступлением его из желудка через пищевод.

С неприятным запахом изо рта прекрасно справляется тимьян. В эфирных маслах тимьяна содержится тимол, сильнейший антисептик, применяемый в стоматологии. Смешанный с мятой и анисовыми семенами, которые прекрасно уничтожают запахи, тимьян является лучшим освежителем дыхания.

Взять 10 ст. л. свежих листьев тимьяна, 10 ст. л. свежих листьев мяты, 5 свежих листьев эвкалипта, 3 ст. л. анисовых семян, 3 ст. л. бутонов гвоздики, 200 мл водки, цедру 1 лимона, натертую, 1 ст. л. сорбита или другого сахарозаменителя, 4 ст. л. глицерина. Размельчить листья тимьяна, мяты и эвкалипта в блендере. Добавить анисовые семена и бутоны гвоздики и еще раз пропустить через блендер. В бутылку темного стекла налить водку и добавить кашицу из листьев, всыпать сорбит и лимонную цедру. Настаивать от 10 до 30 дней. Затем протереть полученную смесь через мелкое неметаллическое сито, добавить глицерин и размешать. Залить в пульверизатор. Впрыскивать в полость рта по 1 мл по мере необходимости. Хранить не больше 1 года.

Помните, что спрей содержит алкоголь, поэтому старайтесь не злоупотреблять им, особенно если вы за рулем. Не используйте во время беременности!

ФИТОТЕРАПИЯ ПРИ ГАСТРИТАХ

При острых гастритах рекомендуется принимать слабые настои или отвары трав, которые могут существенно облегчить состояние больного. Приводим несколько эффективных рецептов.

Смешать по 1 части травы зверобоя, листьев мяты, листьев подорожника, травы тысячелистника. Взять 1 ч. л. сбора на 1 стакан кипятка, настаивать в течение 30 мин. Процедить и принимать по $\frac{1}{3}$ стакана 3 раза в день.

При гастрите с повышенной секрецией

Смешать по 1 части тысячелистника, ромашки, подорожника, солодки и шиповника. Взять 1 ст. л. смеси, залить 1 стаканом кипятка, настоять, процедить и принимать по 100 мл теплого (37 °C) настоя за 1–1,5 ч до еды, а при изжоге и отрыжке еще 50 мл после еды.

Смешать по 1 части корней аира и солодки, трав тысячелистника и зверобоя, листьев подорожника, цветов пижмы и календулы. Взять 1 ст. л. смеси, залить 1 стаканом кипятка, настаивать 30 мин, процедить и принимать по $\frac{1}{3}$ стакана 3 раза в день за 1 ч до еды в теплом виде.

При гастрите с пониженной секрецией

Те же настои лекарственных трав употребляют по 100 мл прохладного (20 °C) настоя за 20–30 мин до еды.

Лимонный, капустный, томатный соки, а также сок подорожника, разведенные 1 : 1 кипяченой водой, принимают по 1 ст. л. 3 раза в день за 15–20 мин до еды.

Смешать по 1 части корня аира, травы тысячелистника, золототысячника, полыни, трилистника, листьев подорожника и мяты, цветов пижмы. Взять 1 ст. л. смеси, залить 1 стаканом кипятка, настаивать 1 ч, процедить и принимать прохладным по $\frac{1}{3}$ стакана 3 раза в день до еды за 15–20 мин.

ФИТОТЕРАПИЯ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Применять настои и отвары лекарственных растений надо в зависимости от места расположения язвы и особенностей секреции желудочного сока.

При язве желудка те же сборы, что и при гастрите, принимать по 100 мл теплого настоя за 15–20 мин до еды и через 0,5–1 ч после еды.

При язве двенадцатиперстной кишки за 25–30 мин до еды и через 2–3 ч после еды.

При пониженной кислотности можно добавлять полынь и мяту.

Принимать облепиховое масло.

ПРОДУКТЫ ПЧЕЛОВОДСТВА ПРИ ГАСТРИТАХ И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Мед способствует заживлению воспаленной или язвенной поверхности слизистой оболочки желудка, оказывает общеукрепляющее для всего организма и непосредственно влияет на секрецию желудочного сока.

При приеме разведенного водой теплого меда за 1,5–2 ч до еды кислотность содержимого желудка снижается, потребление же холодного медового раствора непосредственно перед едой стимулирует выделение желудочного сока.

Прополис применяется в виде спиртового (5–20%) раствора по 40–60 капель в чашку молока 3 раза в день за 30 мин до еды в течение 3–4 недель.

Маточное молочко по 12–15 г на курс лечения.

Цветочная пыльца по 2 ст. л. в день помогает при скрытых желудочных кровотечениях.

НАРОДНЫЕ СРЕДСТВА ПРИ ИКОТЕ



- Задержать дыхание на максимально возможный срок и при этом не шевелиться.
- Стоя вдохнуть максимальный объем воздуха, присесть и наклониться вперед, задержав дыхание на 45–50 сек.
- Плотно закрыть небольшим герметичным полиэтиленовым пакетом нос и рот, оставив для вдоха-выдоха 200–300 мл (воздух извне поступать не должен). Дышать в пакет до тех пор, пока не возникнет ощущение нехватки воздуха; при отсутствии эффекта — повторить.
- Три раза подряд задержать дыхание после вдоха.
- Задержать дыхание на выдохе перед спазмом, затем неглубоко подышать, снова задержать перед спазмом.
- Выпить стакан воды маленькими непрерывными глотками, не дыша.
- Поднять руки над головой и делать глубокие вдохи и выдохи.
- Просто часто подышать некоторое время.
- Принять 1 ч. л. обычного сахарного песка в сухом виде, не запивая водой.
- Приложить холодный компресс или кусочек льда к горлу.
- Выпить 20 капель валокордина или корвалола, налитых в чайную ложку, и запить стаканом теплой воды.
- Если икота вызвана переохлаждением, тогда согревание горячим чаем, сухой теплой одеждой, к ногам грелка.
- Соединить подушечки мизинца и большого пальца на обеих руках.
- Завести обе руки за спину, наклониться вперед, приподнять подбородок и сглотнуть.
- Постараться отвлечься, смотря интересный фильм или выполняя физические упражнения, требующие сосредоточения.

ФИЗИОТЕРАПИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ

Имеется множество методов физиотерапии, которые позволяют как облегчить состояние больного в остром периоде таких болезней, как гастриты, язвенная болезнь (действие микроволнами, ультразвуком, электрофорез новокаина и папаверина), так и ускорить выздоровление после стихания острых проявлений — тепловые процедуры (грязевые, торфяные, озокеритовые, парафиновые аппликации, УВЧ), электрофорез новокаина и папаверина, общие ванны. Для профилактики обострений в спокойном периоде применяют различные ванны (хвойные, жемчужные, кислородные, радоновые), тепловые процедуры на подложечную область (парафин, озокерит, грязевые аппликации). Однако применение указанных физиотерапевтических средств возможно только в условиях больницы или поликлиники.

В домашних условиях в остром периоде можно использовать легкое тепло в виде согревающих полуспиртовых компрессов на подложечную область. Такие компрессы вызывают длительное и стойкое расширение поверхностных сосудов, что усиливает прилив крови к очагу воспаления. В результате происходит рассасывание воспалительного очага нижележащих тканей и уменьшение боли.

Для постановки согревающего компресса следует смочить ткань разведенным в 2 раза (45–48 %) раствором спирта и хорошо отжать, приложить смоченную ткань к больному месту, поверх ткани положить компрессную бумагу, на нее вату (при необходимости в несколько слоев), причем так, чтобы каждый последующий слой был больше предыдущего, затем тщательно прибинтовать к животу. Время применения компресса должно быть не более 12 часов (до высыхания), а если ткань высохла раньше, компресс нужно снять. Прежде чем заменить использованный компресс на новый, место, где он был наложен, необходимо тщательно промыть теплой водой, чтобы избежать раздражения кожи.

Вместо разбавленного в 2 раза этилового спирта можно использовать водку, салициловый или камфорный спирт, разбавленный водой одеколон.

В подостром периоде и вне обострения в домашних условиях можно делать различные аппликации и ванны. Кроме того, через 2–3 месяца после обострения возможно санаторно-курортное лечение, включающее грязе- и торфолечение, хвойно-морские ванны, прием внутрь щелочных минеральных вод и другие лечебные мероприятия в таких санаториях, как Дорохово, Ессентуки, Железноводск, и тому подобных.



ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ

Лечебная физкультура (ЛФК) необходима при всех заболеваниях ЖКТ, даже после операции на брюшной полости надо делать посильные движения (шевелить пальцами рук и ног), что существенно ускорит выздоровление. Физические упражнения способствуют уменьшению стрессорного влияния болезни, улучшают кровообращение и обмен веществ, в том числе и в тканях пораженного органа, стимулируя тем самым его более быстрое выздоровление (снятие воспаления, заживление язвы или послеоперационной раны), предупреждают развитие осложнений.

Противопоказаниями для применения физических упражнений являются свежая язва в остром периоде, резкое обострение заболевания, особенно при подозрении на кровотечение, сильные боли, постоянная тошнота и частая рвота, выраженные нарушения сердечно-сосудистой системы.

Виды физических упражнений, их интенсивность и длительность зависят, во-первых, от стадии болезни: в остром периоде, особенно если прописан постельный режим, простейшие упражнения (сжимание и разжимание пальцев рук, повороты головы) выполняются лежа или полужелеза в кровати, при стихании обострения — лежа на коврике или сидя на стуле, а при выздоровлении — стоя, при этом к ЛФК присоединяются ходьба, бег трусцой, езда на велосипеде и другие нагрузки на свежем воздухе. Особое значение приобретают ЛФК и другие виды физической нагрузки для профилактики обострений болезни.

Во-вторых, характер упражнений зависит от локализации, формы заболевания, вида болезни. Установлено, что при умеренной физической нагрузке секреция желудочного сока повышается, а интенсивная мышечная работа уменьшает ее.

В связи с этим при **хроническом гастрите с пониженной секрецией** ЛФК должна быть направлена на улучшение сокоотделения, укрепление мышц брюшного пресса, активизацию кровообращения в брюшной полости. Поэтому для стимуляции секреторной и двигательной активности желудка используют упражнения, укрепляющие мышцы брюшного пресса, массаж живота, общеукрепляющие упражнения малой и средней интенсивности. ЛФК проводят до приема минеральной воды.

Напротив, при **гастрите с повышенной секрецией упражнения** на мышцы брюшного пресса ограничиваются, при этом интенсивность других упражнений существенно увеличивается за счет усиления нагрузки по сравнению с теми, у кого гастрит протекает с пониженной секрецией. ЛФК при этом необходимо проводить после приема минеральной воды, но перед приемом пищи.

При **ГЭРБ** и особенно при **ахалазии пищевода** недопустимы нагрузки на мышцы брюшного пресса, наклоны и другие упражнения, повышающие давление в брюшной полости, как в остром периоде, так и для профилактики обострений.

ЛФК при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки сходна с таковой для гастрита с повышенной секрецией, но несколько более щадящая в остром и подостром периоде болезни.

КОМПЛЕКС УПРАЖНЕНИЙ ПРИ ГАСТРИТЕ С СЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ВНЕ ОБОСТРЕНИЯ

Упражнения надо делать либо за 0,5–1 час до еды, либо через 2–2,5 часа после приема пищи, так как даже небольшая физическая нагрузка может тормозить секрецию желудка. Перед началом упражнений ходьба по комнате 3–5 минут.



1 Исходное положение: лежа на спине, руки вдоль туловища. Поднимите кисти к плечам, затем разведите руки в стороны и вдохните, снова поднимите кисти к плечам, вернитесь в исходное положение и выдохните. Повторите 5–7 раз.



2 Исходное положение: то же. Подтяните правое колено к животу и выдохните, вернитесь в исходное положение и вдохните. Повторите 5–7 раз каждой ногой.



3 Исходное положение: то же. Согните ноги в коленях, разведите колени в стороны, затем сведите их и выпрямите ноги. Повторите 10–12 раз.

4 Исходное положение: лежа на правом боку. Подтяните левое колено к животу, отведите левую руку назад, выдохните, вернитесь в исходное положение, вдохните. Повторите 8–10 раз, затем сделайте то же самое, лежа на левом боку.



Кратковременный теплый душ после занятия с последующим энергичным растиранием тела махровым полотенцем до покраснения кожи поможет расслабиться и повысить тонус отдела нервной системы, ответственного за желудочную секрецию.



5 Исходное положение: коленно-кистевое (стоя на коленях и опираясь на прямые руки). Выпрямите правую ногу и максимально отведите ее назад по направлению к потолку, вернитесь в исходное положение. Повторите 5–7 раз каждой ногой.



6 Исходное положение: то же. Одновременно поднимите, выпрямляя, правую руку и левую ногу, вернитесь в исходное положение. Затем выполните левой рукой и правой ногой. Повторите по 5–7 раз.



7 Исходное положение: сидя на табуретке, руки на поясе. Вращательные движения туловища: вперед, влево, назад, вправо; затем в обратном направлении. Повторите по 5 раз в каждую сторону.



8 Исходное положение: то же. Руки вытяните вперед, одновременно поднимая правую ногу, вернитесь в исходное положение. Повторите 5–7 раз каждой ногой.

9 Исходное положение: стоя, ноги на ширине плеч, руки в стороны. Выполните поворот туловища вправо так, чтобы увидеть стену за собой, и вдохните; руками тянитесь в ту же сторону, не отрывая ноги от пола; вернитесь в исходное положение. Повторите по 5–7 раз в каждую сторону.

10 Исходное положение: то же. Наклонитесь вперед, правой рукой коснитесь левой стопы; левую руку отведите назад; вернитесь в исходное положение. Повторите по 5–7 раз каждой рукой.

КОМПЛЕКС УПРАЖНЕНИЙ ПРИ ГАСТРИТЕ С ПОВЫШЕННОЙ СЕКРЕЦИЕЙ ВНЕ ОБОСТРЕНИЯ

Этот комплекс подходит также и для профилактики обострений при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. В данном комплексе ограничиваются упражнения на мышцы брюшного пресса, в то время как интенсивность других упражнений существенно выше, чем при гастрите с пониженной секрецией. ЛФК следует проводить после приема минеральной воды, незадолго (за 10–15 минут) до приема пищи. Интенсивность нагрузки постепенно, по мере увеличения тренированности, повышается за счет ускорения выполнения упражнений, увеличения числа повторов, введения упражнений с отягощениями (гантели) и других. Перед началом упражнений ходьба по комнате в течение 3–5 минут.



1 Исходное положение: лежа на спине. Руки вдоль туловища, ноги согнуты в коленях. Подышите диафрагмальным дыханием (животом): на счет 1–2 — вдох, живот раздувается, на счет 3–4 — выдох, живот втягивается.

2 Исходное положение: то же. Ноги скрещены в щиколотках, руки немного разведены в стороны. Медленно поверните таз и ноги в одну сторону, а голову, грудь и плечи — в другую. Повторите по 6–8 раз в каждую сторону.



3 Исходное положение: сидя на полу, прямые ноги разведены. Прямые руки вытянуты перед собой. Потянитесь руками вперед, стараясь коснуться правой стопы, вернитесь в исходное положение. Затем потянитесь вперед и коснитесь руками пола между ногами, вернитесь в исходное положение. Потянитесь к левой стопе, вернитесь в исходное положение. Повторите 7–10 раз.



4 Исходное положение: то же. Руки в стороны. Правой рукой, наклоняясь, коснитесь левой стопы, отводя левую руку назад, вернитесь в исходное положение. Повторите по 6–8 раз каждой рукой.



8 Исходное положение: то же. На вдохе поднимите прямые руки вверх, слегка прогнитесь в пояснице и одновременно отставьте назад на носок правую ногу. На выдохе слегка наклонитесь вперед, опустите руки и приставьте ногу. То же выполните, отставляя назад левую ногу. Повторите 6–8 раз каждой ногой.

10 Исходное положение: то же. Наклонитесь вперед, правой рукой коснитесь левой стопы; левую руку отведите назад; вернитесь в ИП. Повторите по 6–8 раз каждой рукой.



5 Исходное положение: стоя. Ноги на ширине плеч, руки вдоль туловища. На вдохе руки поднимите вверх, на выдохе глубокий наклон вперед, коснувшись руками пола. Повторите 8–10 раз.

6 Исходное положение: то же. Поднимите руки через стороны вверх, вдохните. Задержите дыхание на 4–5 сек, вернитесь в исходное положение и выдохните. Повторите 6–8 раз. Это же упражнение можно выполнять с гантелями 0,5–1,5 кг.

7 Исходное положение: то же. Выполните наклон туловища вправо, скользя левой ладонью до подмышечной впадины, вернитесь в исходное положение. То же движение выполните, наклоняясь влево. Повторите 6–8 раз в каждую сторону. Это же упражнение можно выполнять с гантелями 0,5–1,5 кг (см. фото слева).

9 Исходное положение: стоя, ноги на ширине плеч, руки в стороны. Максимально поверните туловище вправо так, чтобы увидеть стену за собой, и вдохните; руками тянитесь в ту же сторону, не отрывая ноги от пола; вернитесь в исходное положение. Повторите по 6–8 раз в каждую сторону.



После занятий по возможности примите контрастный душ или обмойтесь до пояса прохладной водой.

ЛФК В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ БОЛЕЗНЕЙ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ЖКТ

Легкие физические упражнения можно начинать уже в остром периоде, когда точно установлен диагноз, подтверждено отсутствие прободения язвы, кровотечения, сняты острые боли и отсутствуют другие противопоказания.

ЛФК проводится в исходном положении (ИП) лежа в основном на спине, реже на животе, избегая нагрузок, усиливающих боль и дискомфорт; между упражнениями следует делать перерывы 30–40 секунд, время выполнения одного комплекса ЛФК 8–10 минут. Желательно 3 повторения данного комплекса ЛФК в сутки — утром, днем и ранним вечером, через 1,5–2 часа после приема пищи.



1 Исходное положение: лежа на спине. Руки вдоль туловища, ноги вытянуты и соединены. На вдохе сожмите пальцы обеих рук в кулак, на выдохе медленно разожмите; дыхание спокойное, без напряжения мышц живота. Повторите 10 раз.



2 Исходное положение: то же. Носок правой ноги оттяните на себя, носок левой одновременно идет от себя. Затем сделать то же самое, начиная с левой ноги. Повторите по 5 раз попеременно с каждой ноги.



3 Исходное положение: то же. Руки согнуты в локтях, локти прижаты к кровати, ноги вытянуты. Одновременные круговые движения кистями рук: левой рукой по часовой стрелке, правой — против часовой (4 раза); смените направление движения рук (4 раза). Повторите 5 раз.



4 Исходное положение: то же. Руки вдоль туловища, ноги согнуты в коленях и сведены вместе. Медленно разведите и сведите колени. Повторите 10 раз.



5 Исходное положение: лежа на спине. Руки вдоль туловища, ноги вытянуты и соединены. Медленно поверните голову направо, затем налево. Дыхание произвольное, без напряжения. Повторите 10 раз.

6 Исходное положение: то же. Руки вдоль туловища, ноги вытянуты и соединены. Согните, не отрывая от кровати, правую руку в локте, опустите; то же самое с левой рукой. Повторите 10 раз.

7 Исходное положение: то же. Ноги на ширине плеч, руки вдоль туловища. Разведите носки в стороны, затем соедините, стараясь, чтобы ноги полностью поворачивались от бедра внутрь и наружу. Повторите 10 раз.

8 Исходное положение: то же. Ноги вытянуты и соединены. Поднимите плечи — вдох, опустите — выдох. Повторите 5 раз.

9 Исходное положение: то же. Положите левую руку на грудь, правую — на живот и произведите медленный (примерно 4 сек) вдох, поглощая воздух прерывистыми порциями. На вдохе выпятите диафрагму, затем переведите грудную клетку в положение верхнего вдоха, сократив брюшную стенку и расслабив диафрагму, потом выдохните воздух маленькими порциями через нос (выдох — примерно 6 сек). Повторите упражнение 5–6 раз, затем спокойно подышите.

10 Исходное положение: лежа на животе (при отсутствии боли и выраженного дискомфорта). Ноги вытянуты, руки вдоль туловища. Сгибать и разгибать ноги в коленях. Повторите 10 раз.

11 Исходное положение: лежа на спине. Руки вдоль туловища, ноги вытянуты. Руки, туловище и ноги расслаблены. Спокойно подышать, закрыв глаза, 2–3 минуты.



ЛФК В ПОДОСТРОМ ПЕРИОДЕ БОЛЕЗНЕЙ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ЖКТ

На 5–7-й день от возникновения заболевания или его обострения комплекс № 1 можно усилить за счет ускорения движений и увеличения числа повторов, а также подключения новых, более сложных упражнений, в том числе сидя, заменяя ими более легкие упражнения комплекса № 1. Следует особое внимание обратить на дыхание животом (диафрагмальное или брюшное дыхание) как во время упражнений, так и в промежутках между ними. Оно предупреждает застойные явления в брюшной полости и нижних отделах легких, уменьшая также риск развития спаек в желудке и двенадцатиперстной кишке. Продолжительность одного комплекса ЛФК — 15–25 минут (в зависимости от состояния и возраста больного). Начинать надо с упражнений лежа, в том числе используя некоторые из комплекса № 1, затем переходить к упражнениям сидя на стуле, заканчивать последним упражнением из комплекса № 1. Общее число упражнений 12–14, после каждого упражнения 30 секунд перерыв. Комплекс № 2 повторять 3 раза в сутки.



Исходное положение: лежа на спине. Ноги вместе, руки вытянуты за голову. Потянуться, почувствовав напряжение во всем теле. Держать мышечное напряжение 3–5 секунд, затем полностью расслабиться. Повторите 2–3 раза.

2 Исходное положение: то же. Ноги слегка согнуты в коленях, кисть одной руки на груди, другой — на животе. На вдохе надуть живот, словно баллон (рука, лежащая на животе, должна в этот момент приподняться); на выдохе живот втянуть (рука должна опуститься). Повторите 4–5 раз.



Исходное положение: то же. Руки лежат вдоль тела, ноги вытянуты и соединены. Поочередное сгибание ног в коленях, скользя пяткой по полу. Повторите раз каждой ногой.



4 Исходное положение: то же. Ноги разведены в стороны, руки вытянуты, пальцы сцеплены в «замок». Поднимите прямые руки вверх, затем, поворачивая туловище вправо, опустите сцепленные руки на пол. Далее, поднимая руки, вернитесь в исходное положение. То же движение выполните влево. Повторите 5 раз в каждую сторону.



5 Исходное положение: сидя на стуле. Ноги на ширине плеч, руки на поясе. Не спеша выполните наклон вправо, затем влево. Повторите 5 раз в каждую сторону.

7 Исходное положение: то же. Ноги на ширине плеч, руки на коленях. На вдохе поднимите руки вверх и слегка прогнитесь в пояснице, на выдохе вернитесь в исходное положение. Повторите медленно 5 раз.

8 Исходное положение: лежа на спине. Руки сцеплены за головой, ноги вытянуты и соединены. Медленно поднимите прямую правую ногу, затем медленно опустите так же левую ногу. Повторите 5 раз каждой ногой.



6 Исходное положение: то же. Ноги вместе. Попеременно выпрямляйте ноги в коленных суставах в медленном темпе, придерживаясь руками за сиденье стула. Дыхание свободное. Повторите 5 раз каждой ногой.



КОМПЛЕКС УПРАЖНЕНИЙ В РАННИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

В настоящее время принято рано поднимать больных после операции, поэтому ранний послеоперационный период состоит из 2 частей: 1-я часть (1–2-й день), когда больной лежит, и 2-я часть (2–3-й день, реже дольше), когда разрешают садиться, а потом и вставать. Поэтому первые 2 дня все упражнения делаются лежа, затем добавляются упражнения в положении сидя, а далее и стоя. Занятия в раннем послеоперационном периоде желательно проводить 5–6 раз в течение дня по 8–10 минут. После некоторых операций, особенно щадящих, проведенных с помощью эндоскопа, вставать разрешают в тот же день, однако начинать сразу делать физические упражнения стоя не рекомендуется. Можно, ориентируясь на самочувствие и рекомендации врача, несколько уменьшить длительность указанных периодов. После занятий должно наступить ощущение приятной усталости, но не утомления. Следует обязательно сочетать физические упражнения с прогулками: сначала по палате, затем по коридору, а по возможности и на свежем воздухе.



1 Исходное положение: лежа на спине. Спокойно подышать, делая выдох несколько длиннее вдоха, 5 раз.

2 Исходное положение: то же. Несколько раз откашляться, вдыхая воздух через нос и выдыхая не- сильными кашлевыми толчками, стараясь держать рот прикрытым и прижимая при каждом кашлевом толчке руками ребра.

3 Исходное положение: то же. Согнув руки в локтях, 8 раз сжать пальцы кисти в кулаки, затем разжать.

4 Исходное положение: то же. Руки вытянуты вдоль тела. Одновременно со вдохом поднять правую руку вперед, выдыхая опустить. Повторите 4 раза каждой рукой.



5 Исходное положение: то же. Локти прижаты к туловищу, кисти подняты к плечам. На вдохе развести локти в стороны, на выдохе вернуться в исходное положение. Повторите 6 раз.



6 Исходное положение: то же. Руки, согнутые перед грудью, на вдохе вытянуть вперед, на выдохе вернуться в исходное положение. Повторите 6 раз.



7 Исходное положение: то же. Руки лежат расслабленно вдоль тела. Потянуть носки ног на себя, затем — от себя. Повторить 8 раз.



8 Исходное положение: то же. Руки вдоль тела, ноги вытянуты. Попеременное сгибание ног в коленях, скользя пяткой по постели. Повторить 3 раза каждой ногой, а затем 3 раза обеими ногами одновременно.

9 Исходное положение: то же. Ноги согнуты в коленях. Развести колени в стороны, стопы на месте. Повторить 8 раз.

10 Исходное положение: то же. Ноги согнуты в коленях. Приподнять таз, опираясь на локти, лопатки и затылок. Повторить 3 раза (см. фото внизу).

11 Исходное положение: сидя на кровати. Согнуть в локтях руки, затем подтянуть кисти к плечам. Повторить 6 раз.

12 Исходное положение: то же. Опираясь руками о кровать, «походить» сидя 1–2 минуты.

13 Исходное положение: то же. Вытянув руки вперед, 9 раз сжать пальцы кистей в кулак и разжать их.

14 Исходное положение: то же. Опираясь руками о кровать, 9 раз потянуть носки на себя и от себя, при этом пятки от кровати не отрывать.

15 Исходное положение: лежа. Правая ладонь на груди, левая — на животе. Медленно сделать 8 глубоких вдохов и выдохов, стараясь не подключать к дыханию живот.



КОМПЛЕКС УПРАЖНЕНИЙ В ПОЗДНИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ (В БОЛЬНИЦЕ) И ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЙ (ДОМА) ПЕРИОДЫ

К приведенным добавить еще упражнений. Их надо повторять 6–7 раз, интенсивность должна быть такой, чтобы не увеличивалась частота дыхания. Общее время выполнения данного комплекса 12–15 минут, желательно повторять его также 5–6 раз в день.



1 Исходное положение: стоя. Руки на поясе. Поочередно поднимать и опускать правую и левую ногу, согнутую в колене.



2 Исходное положение: то же. Руки на поясе. Небольшой мах правой ногой в сторону, вернуться в исходное положение. Повторить то же самое левой ногой.



3 Исходное положение: то же. Руки на поясе. Поднять прямую правую ногу, руки вытянуть вперед, вернуться в исходное положение. Повторить то же самое левой ногой.



4 Исходное положение: то же. Руки опущены. Выполнить наклон корпуса вправо, правая рука скользит вниз вдоль тела, ладонь левой руки поднимается до подмышечной впадины, затем вернуться в исходное положение. То же движение выполнить, наклоняясь влево.

МАССАЖ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ

Массаж наряду с лечебной физкультурой способствует улучшению кровообращения, ускорению заживления язв, нормализации двигательной и секреторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки.

В первые дни заболевания для профилактики застойных явлений рекомендуется мягкий массаж мышц ног, рук, шеи и спины.

Массаж живота и нижней части грудной клетки в остром и подостром периоде проводить не следует, хотя от легкого поглаживания этих областей, если это приносит облегчение, вреда не будет. Также рекомендуется самомассаж тех участков тела, до которых больной может достать без напряжения и усиления боли — мышц рук, плеч, верхней части грудной клетки, бедер, шеи, головы.

После стихания острых проявлений болезни массаж можно интенсифицировать и по времени, и по силе воздействия. Обычно в этот период массаж проводят начиная с мышц спины (поглаживание, растирание, разминание, вибрация, поглаживание — именно в такой последовательности), уделяя особое внимание точкам проекции органов пищеварения на позвоночнике, откуда идут нервы к больным органам. Затем массируются мышцы шеи и широкие мышцы верха спины, мышцы груди и в последнюю очередь мышцы живота.

Поглаживание проводится обычно открытой ладонью по часовой стрелке, легкими, поверхностными движениями, без нажима.

Растирание в отличие от поглаживания проводится более агрессивно, с давлением на массируемую область: оно должно смещать кожу, согревая ее (можно тереть ладонью, особенно ее основанием, кулаками).

Разминание проводится путем захватывания пальцами одновременно и кожи, и мышц под ней.

Вибрацию осуществляют пальцами (при массаже живота, шеи) или ребром ладони (массаж спины, грудной клетки, конечностей), основными приемами при этом являются поколачивание и похлопывание.

При проведении самомассажа необходимо полное расслабление массируемой области, особенно это касается мышц живота.

Противопоказания к проведению массажа примерно такие же, как и к ЛФК, но несколько шире: добавляются туберкулезные поражения и рак органов брюшной области, гнойные процессы в брюшной полости, острые и подострые воспалительные заболевания женских половых органов, беременность.



СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	3
Анатомия желудочно-кишечного тракта (ЖКТ)	4
Роль верхних отделов ЖКТ в процессе пищеварения	10
Первые сигналы тревоги при болезнях верхних отделов ЖКТ	14
Болезни ротовой полости и глотки	18
Болезни пищевода	19
Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки	22
Питание в лечении и профилактике болезней верхних отделов ЖКТ	30
Фитотерапия и народная медицина при болезнях верхних отделов ЖКТ	44
Физиотерапия при заболеваниях верхних отделов ЖКТ	49
Лечебная физкультура при заболеваниях верхних отделов ЖКТ	50
Комплекс упражнений при гастрите с секреторной недостаточностью вне обострения	51
Комплекс упражнений при гастрите с повышенной секрецией вне обострения	53
ЛФК в остром периоде болезней верхнего отдела ЖКТ	55
ЛФК в подостром периоде болезней верхнего отдела ЖКТ	57
Комплекс упражнений в ранний послеоперационный период	59
Комплекс упражнений в поздний послеоперационный (в больнице) и восстановительный (дома) периоды	61
Массаж при заболеваниях верхних отделов ЖКТ	62

УДК 616.33
ББК 54.13
Л 64

«Семейная энциклопедия здоровья»

Лифляндский Владислав Геннадьевич

ЗДОРОВЫЙ ЖЕЛУДОК **ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА**

Научно-популярное издание

Научный редактор доктор медицинских наук, профессор В. Н. Федорец

Ответственный редактор *Е. Целовальникова*. Художественный редактор *Ю. Прописнова*

Технический редактор *Е. Траскевич*. Корректор *А. Борисенкова*

Верстка *В. Ткачук, Т. Перминовой*

Иллюстрации *О. Дянкиной и Е. Морозова*

Руководитель проекта *А. Галль*

ISBN 978-5-367-02519-4

© ЗАО ТИД «Амфора», 2013

Лифляндский В.

Л 64 Здорový желудок: Пищеварительная система / Владислав Лифляндский. — СПб. : Амфора. ТИД Амфора, 2013. — 62 с. : ил.